

Madeleine PORTES

Ancienne Externe des Hôpitaux de Montpellier

Ancienne Interne des Hôpitaux de Nice

N° 4



NOTES SUR LA PATHOLOGIE CHIRURGICALE
POST-OPÉRATOIRE DES
GASTRÉCTOMIES & GASTRO-ENTEROSTOMIES



LES OCCLUSIONS



IMPRIMERIE LANGE

11, Av. Cagnoli - Nice

1945



Digitized by the Internet Archive
in 2026

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

NOTES SUR LA PATHOLOGIE CHIRURGICALE
POST-OPÉRATOIRE DES
GASTRÉCTOMIES & GASTRO-ENTEROSTOMIES

LES OCCLUSIONS

THÈSE

présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 10 Février 1945

par

Madeleine PORTES

Née à Montpellier le 3 Novembre 1916

Ancienne Externe des Hôpitaux de Montpellier

Ancienne Interne des Hôpitaux de Nice

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs
de la Thèse

MM. N.-C. LAPEYRE, Professeur Président

AIMES, Professeur

MOURGUE-MOLINES, Ag.

ROUX, Agrégé

Assesseurs

IMPRIMERIE LANGE

11, Av. Cagnoli - Nice

1945

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen : M. GIRAUD.

Assesseur : M. MASSABUAU

Doyen Honoraire : M. EUZIERE

Professeurs Honoraires : MM. TEDENAT, ESTOR, BERTIN-SANS, CABANNES, GALAVIELLE, VIRES, BOSCH, VILLARD, GRYNFELT

PROFESSEURS

Chaires :

MM.

Anatomie	J. DELMAS.
Histologie	TURCHINI.
Physiologie	HEDON.
Chimie biologique médicale et toxicologie.....	CRISTOL.
Physique médicale	PECH.
Anatomie pathologique et médecine expérimentale.....	PAUMEL.
Microbiologie	LISBONNE.
Pathologie et thérapeutique générales.....	PAGES.
Thérapeutique et matière médicale.....	JANBON.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	PUECH.
Hygiène	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale.....	VIDAL.
Pathologie médicale et clinique propédeutique.....	BOULET.
Clinique médicale	L. RIMBAUD.
Clinique médicale	GIRAUD, doyen.
Clinique chirurgicale	MASSABUAU, as.
Clinique chirurgicale	LAPEYRE.
Clinique obstétricale	...
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	EUZIERE, doy. h.
Clinique des maladies des enf. et hyg. du 1 ^{er} âge....	BOUDET.
Clinique de dermato-syphiligraphie.....	MARGAROT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ETIENNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	JEANBRAU.
Clinique gynécologique	AIMES.
Clinique ophtalmologique	DEJEAN.
Clinique d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-faciale.....	TERRACOL.

Chargés de cours :

Anatomie	LAUX.
Histologie	GRANEL.
Radiologie	LAMARQUE.



Chargés d'enseignements complémentaires

MM.

<i>Chimie</i>	MONNIER, agrégé.
<i>Microbiologie</i>	CARRERE, agrégé.
<i>Histoire naturelle médicale</i>	HARANT, agrégé.
<i>Pharmacologie</i>	—
<i>Pathologie médicale</i>	BOUCOMONT, agrégé.
<i>Pathologie médicale</i>	BERT, agrégé.
<i>Propédeutique médicale</i>	P. RIMBAUD, agrégé.
<i>Clinique interne</i>	PUECH, professeur.
<i>Clinique des maladies contagieuses</i>	JANBON, professeur.
<i>Clinique de la tuberculose</i>	VIDAL, professeur.
<i>Pathologie et propédeutique chirurgicale</i> .	MOURGUE-MOLINES, agr.
<i>Pathologie chirurgicale</i>	TRUC, agrégé.
<i>Chirurgie expérimentale</i>	...
<i>Médecine opératoire</i>	ROUX, agrégé.
<i>Accouchements</i>	CADERAS de KERLEAU, ag.
<i>Stomatologie</i>	HOUPERT, doct. en méd.

Agrégés en exercice

MM.

<i>Médecine</i>	P. RIMBAUD.
—	BOUCOMONT.
—	BERT.
—	LAFON, chargé d'agr.
<i>Chimie</i>	MONNIER.
<i>Bactériologie</i>	CARRERE.
<i>Histoire naturelle médicale</i>	HARANT.
<i>Chirurgie</i>	MOURGUE-MOLINES.
—	GUIBAL.
—	ROUX.
<i>Urologie</i>	TRUC.
<i>Accouchements</i>	CADERAS DE KERLEAU.



A ma Mère

A mon Père

À mon Maître

Monsieur le Professeur Noël-Constant LAPEYRE,

en souvenir de l'année 1939-1940.

A mon Jury de Thèse,

Monsieur le Professeur Alexandre AIMES

Monsieur le Professeur agrégé MOURGUE-MOLINES

Monsieur le Professeur agrégé Georges ROUX

à mon Maître Monsieur le Docteur L. BARRAYA,
Chirurgien des Hôpitaux de Nice
qui m'a inspiré ce travail.

à mon Maître Monsieur le Docteur MARIAU
Chirurgien des Hôpitaux de Nice

A mes Maîtres des Hôpitaux

Stages

à Montpellier

M. le Professeur GIRAUD
M. le Professeur agrégé PUECH
M. le Professeur VIRES
M. le Professeur MASSABUAU
M. le Professeur JANBON

Externat

M. le Professeur MARGAROT
M. le Professeur RICHE
M. le Professeur BAUMEL
M. le Professeur ETIENNE
M. le Professeur N.-C. LAPEYRE
M. le Professeur L. RIMBAUD
M. le Professeur P. DELMAS

Internat

à Nice

M. le Docteur DUPLAY
M. le Docteur MALGAT
M. le Docteur VIDAL-REVEL
M. le Docteur BARDON
M. le Docteur FAY
M. le Docteur BONA

à MM. les Docteurs FITTE, GRINDA, NICOLAS,
DAVÉO, PRAT, CIAUDO, AMÉDÉO,
Chirurgiens et Médecins des Hôpitaux de Nice.

INTRODUCTION

La gastrectomie est devenue une opération de pratique courante.

Il y a vingt ans encore, on ne l'abordait pas sans une certaine appréhension, mais les techniques modernes ont ramené sa mortalité à un taux minime.

Les conditions générales de la chirurgie se sont améliorées. La stérilisation est plus sûre, la discipline de l'acte opératoire meilleure. On a banni de l'acte opératoire la présentation « foraine » qui le caractérisait il y a quelques années encore. La chirurgie n'est plus « brillamment meurtrière ». Elle est devenue un acte méthodique, conduit avec soin, respectant au maximum les tissus en pensant à la sensibilité des viscères et aux répercussions profondes de la traction, de l'extériorisation inutiles. Il faut lire les ouvrages de Lambret, celui de Larget et Lamare sur la maladie post-opératoire, pour comprendre combien le chirurgien a appris à penser, au delà de ses gestes, aux troubles intenses qu'il apporte dans l'équilibre général. Leriche n'a cessé de défendre cette cause qu'elle n'ait été gagnée.

L'hémostase est minutieuse, préventive chaque fois qu'il est possible, et c'est presque toujours possible dans l'abdomen. Ainsi est éliminé un facteur important de choc opératoire, la déperdition sanguine. Par ailleurs, le sang est un milieu de culture trop dangereusement favorable à l'infection pour qu'on le laisse s'épancher vers la cavité abdominale. La protection du champ opératoire l'en empêche. Elle est d'autant plus utile que la résorption de ces lacs sanguins résiduels ne saurait être qu'un facteur adjuvant de l'apparition des adhérences post-opératoires.

Les temps septiques sont exactement isolés.

Au prix de ces multiples perfectionnements de détails, la gastrectomie est aujourd'hui une opération bénigne.

Mais sa mortalité n'est pas nulle. Elle reste un gros délabrement morphologique et des complications sont possibles.

Si l'on considère l'ensemble des cas, bien des statistiques ont un déchet inférieur à cinq pour cent pour les ulcères, avec une augmentation notable de ce chiffre pour les cancers.

Il faut donc encore lutter et essayer d'obtenir mieux.

La mortalité actuelle relève de deux ordres de faits :

1° Certains décès sont inévitables.

Il en est ainsi des cas limites pour lesquels l'indication opératoire est discutable. Le chirurgien a mesuré le danger évolutif spontané de la maladie d'une part, le danger opératoire d'autre part. Il a opéré, et là se révèle l'insuffisance de nos moyens d'investigation touchant la résistance de l'individu. Des progrès sont constamment réalisés, mais ils sont du domaine de la biologie. Les

facteurs qui interviennent sont en très grand nombre, et la complexité du problème est grande. Nous ne savons jusqu'à quel point le médecin la résoudra. En tous cas, bien des inconnues persistent, et la mort post-opératoire par impossibilité de mesurer à sa juste valeur la résistance de l'homme reste un danger permanent. Les complications pulmonaires, cardiaques, circulatoires, en sont les aspects les plus fréquents.

2° D'autres accidents mortels peuvent être évités.

Nous avons vu à quels perfectionnements ont atteint les techniques d'aujourd'hui et combien de soins sont apportés à la reconstruction des tissus après l'exérèse, mais l'aléa persiste. Une difficulté opératoire inattendue peut rendre moins parfaite l'exécution des sutures, une disposition mécanique fâcheuse survenue après un acte opératoire, même bien conduit, peut se produire... et puis il y a les fautes, qui sont humaines.

Il existe donc une pathologie chirurgicale post-opératoire des gastrectomies.

En effet, certaines complications, mécaniquement simples, peuvent entraîner la mort et devraient être réparées par un acte opératoire itératif.

Le chirurgien, devant l'opéré « qui ne va pas », ne doit pas se laisser aller à sa fatuité de bon ouvrier qui déclare « rien n'est arrivé : c'était correctement exécuté ». Il ne doit pas non plus laisser un amour-propre insensé le conduire à temporiser. Il doit prendre une décision exacte, mais précoce, et aller immédiatement réparer le désordre post-opératoire, dès que la certitude qu'il existe est acquise.

Certes, après ces interventions de chirurgie majeure, des suites opératoires mouvementées n'ont rien de rare. Il ne faut pas toujours s'en inquiéter. La question est de ne pas réintervenir pour rien. Ce serait ridicule. Mais il ne faut pas non plus laisser passer un temps précieux. Ce serait tragique. Nous essaierons de voir quels sont les signes qui permettent de penser que les choses ne s'arrangeront pas spontanément.

Il faut aussi penser à ceci : les suites opératoires complexes peuvent ne pas entraîner la mort dans les jours qui suivent mais, même si tout s'arrange, bien souvent ces symptômes anormaux ont traduit l'évolution d'une anomalie survenue depuis la fermeture du ventre. Le malade ne meurt pas, mais les organes ont été dérangés de leur ordonnance opératoire. Ce malade repart dans la vie avec un nouvel estomac dont la morphologie et les rapports ont changé, sont devenus dangereux. Tôt ou tard, il risque d'en éprouver de graves inconvénients. C'est pourquoi, s'il y a un doute dans ces cas scabreux, il n'est pas mauvais de réintervenir. On aura ainsi à remettre en place une anse qui s'est engagée en un point dangereux ou bien à refaire la suture d'un méso qui a pu se désunir.

Verebelly, de Budapest, va extrêmement loin dans ce sens ; il a établi dans son service la règle suivante : tout malade gastrectomisé doit être réopéré si les troubles mécaniques sont importants, surtout dans les cinq premiers jours.

Après une gastrectomie il faut garder éveillée l'attention chirurgicale, il faut guetter l'apparition des signes alarmants qui doivent conduire à reprendre le bistouri avec courage, malgré la face, malgré la famille, malgré le malade qu'il faudra convaincre et dont il faut garder la confiance alors même qu'elle semble précisément devoir être perdue.

Dans la littérature, on retrouve peu de cas de ce genre. Il est cependant enfantin, étant donné l'énorme quantité de gastrectomies effectuées de par le monde, de penser que de telles éventualités ne se présentent pas souvent. Peut-être, bien des chirurgiens, trouvant peu reluisant de publier des réinterventions, ont-ils préféré le silence. Peut-être aussi, dans quelques cas, a-t-on pris ces complications pour des complications d'ordre médical. Nous verrons que des cas atypiques peuvent en imposer pour une urémie post-opératoire, avec les vomissements, une élévation effective de l'urée dans le sang à cause de la sténose.

Si pourtant un progrès reste à réaliser dans les gastrectomies, quo ad vitam, c'est à la seule condition de publier ces demi-échecs, de les étudier, d'en tirer des conclusions utiles.

Nous nous proposons ici de publier huit observations de malades réopérés dans ces conditions, cinq dans les vingt-quatre premiers jours après l'intervention, les trois autres un an, deux ans, et sept ans après. Aucun malade n'a été opéré inutilement. Tous, sauf un, ont guéri.

Nous voulons les étudier en nous plaçant sous deux angles différents :

1° Quels sont les signes qui indiquent la réintervention, et nous essaierons d'en broser le tableau clinique.

2° Comment essayer d'éviter l'apparition de ces accidents. Nous en étudierons la prophylaxie en cours d'intervention.



DIVISION DU SUJET

Plutôt que de classer ces complications en complications immédiates et complications tardives ou bien accidents mécaniques et accidents infectieux, et pour éviter les chevauchements inévitables avec ces classifications, nous suivrons l'ordre suivant :

I. — LES OCCLUSIONS SANS INTERVENTION DE LA RÉACTION PÉRITONÉALE PLASTIQUE POST-OPÉRATOIRE.

- A) Par lâchage de la suture de la brèche mésocolique à l'estomac (Obs. 1 et 2).
- B) Par étranglement dans la fente pariéto-anastomotique (Moiroud, Salmon, et Bouillon (Obs. 3).
- C) Par étranglement derrière l'anse afférente dans les anastomose précoliques.
- D) Par double exclusion duodénale, entre la suture duodénales d'une part, et, d'autre part,
— une couture de l'anse afférente (Obs. 4), ou bien
— la classique pince aorticomésentérique.
- E) Par une cause indépendante de la gastrectomie : étranglement dans une fossette para-juénale (Obs. 5) par exemple.
- F) Par invagination dans l'estomac de l'anse afférente.

II. — LES OCCLUSIONS DUES A LA RÉACTION PÉRITONÉALE PLASTIQUE POST-OPÉRATOIRE.

- a) Dans un magma d'adhérences (Obs. 6).
- b) Par une bride isolée (Obs. 7 et 8).

III. — SYNDROME PSEUDO-OCCLUSIF, POSANT AVEC LES OCCLUSIONS VRAIES UN DIAGNOSTIC PARFOIS DIFFICILE.

*
* *

Dans chaque chapitre ci-dessus nous envisagerons :

- 1° les observations ;
- 2° la discussion des signes cliniques ;
- 3° l'interprétation mécanique probable des phénomènes observés ;
- 4° le traitement ;
- 5° la prophylaxie des accidents.

Nous terminerons par :

IV. — REVISION DE L'ENSEMBLE DE LA QUESTION DES OCCLUSIONS POST-OPÉRATOIRES.

V. — TECHNIQUE DE LA RÉINTERVENTION.



**Les occlusions sans intervention de la réaction
péritonéale plastique post-opératoire**

A) OCCLUSIONS PAR LACHAGE DE LA SUTURE DE LA BRÈCHE MÉSOCOLIQUE A L'ESTOMAC (Fig. 1).

Les occlusions par étranglement dans les brèches mésocoliques qui lâchent sont les plus fréquentes parmi les complications que nous étudions; elles sont dûes à la désinsertion du mésocolon fixé sur l'estomac au-dessus de la bouche gastro-intestinale. Le mésocolon est relativement fragile comme tout voile péritonéal. Or, d'une part il est amarré aux tuniques gastriques solides, d'autre part il est en tension: il suspend en effet le grand épiploon qui parfois atteint un poids considérable par sa surcharge graisseuse, et le colon qui passe par des phases de replétion variant avec le transit des matières. En outre, les mouvements péristaltiques, gastriques et coliques peuvent amener des tiraillements notables au niveau de la fixation du mésocolon.

Il semble donc qu'une amélioration de la technique pourrait perfectionner la suture gastrocolique et la suspension de la masse: colon + grand épiploon, rendant ainsi plus rare la création d'une brèche.

1° LES OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

Mme D..., 45 ans, entre le 18 janvier 1939, pour hématemèse de sang noir avec des caillots. Depuis trois semaines présentait des douleurs épigastriques une heure et demie après les repas, avec nausées. Elle avait déjà subi une crise identique en 1936 avec hématemèse.

Radiographie: ulcère pylorique de petite taille.

Le 28 janvier 1939. — Préparation: transfusion.

Intervention: Docteur Barraya, anesthésie locale.

Ulcère de la face antérieure du pylore au ras du sphincter. Gastrectomie Polya sectionnant le duodénum. On n'a pas enlevé le grand épiploon. Drain sous hépatique. Paroi habituelle.

Suites opératoires. La température ne descend au-dessous de 37°5 qu'après 15 jours. Maximum le 1^{er} jour: 39°. Poussée à 38°8 le 12^{me} jour. A part cela tout se passe normalement.

Sortie le 18 février 1939, passe en médecine pour son état pulmonaire. Elle a présenté quelques symptômes de congestion pulmonaire sans plus de précision.)

Rentre le 23 mai 1939. Revient dans le service, car souffre de la région épigastrique, douleur irradiée dans le dos, 4 à 5 heures après les repas, calmée par l'absorption d'aliments, parfois vomissements d'un liquide jaune bilieux.

Examen: la région épigastrique et l'hypochondre droit sont douloureux sans défense.

La déclaration de guerre, en septembre, a empêché de suivre cette malade.

A son retour, le docteur Barraya a appris que cette malade avait été réopérée par M. le docteur Pierre-Paul Prat pour son syndrome douloureux épigastrique. Ce chirurgien nous a dit qu'il avait trouvé le méso-

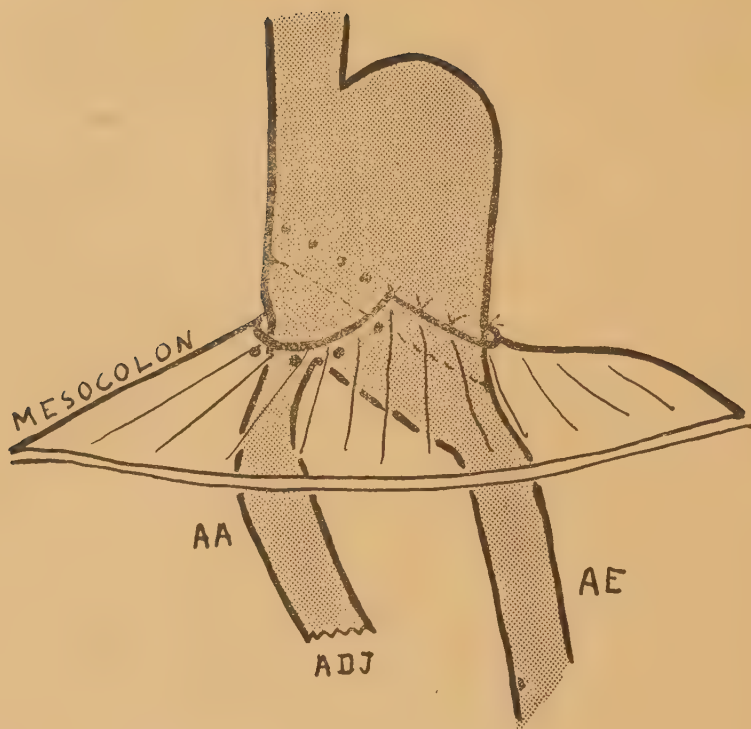


FIGURE 1. — *L'étranglement de l'anse afférente par le mésocolon partiellement désinséré.*

A D J : Angle duodéno-jéjunal.

A A : Anse afférente.

A E : Anse efférente.

Les points noirs représentent la trace des points de suture qui ont lâché.

colon désinséré le long de la petite courbure. La portion ainsi libérée de la brèche mésocolique s'était abaissée pour venir cravater l'anse afférente qui se trouvait ainsi partiellement sténosée. Nous n'avons pu avoir d'autres détails, mais M. le docteur Prat nous a dit que cette malade avait été soulagée.

OBSERVATION N° 2

M. B..., 72 ans.

Le 30 mars 1938, M. le docteur Gluge adresse ce malade au docteur Baraya pour occlusion intestinale aiguë. En 1931 il avait été opéré de gastro-entérostomie pour ulcère. L'intervention aurait été faite en un quart d'heure (d'après le malade). Le syndrome occlusif actuel évolue depuis deux jours. Il est plus précis depuis le matin.

A l'examen : abdomen météorisé avec en supplément à cette voussure la saillie exagérée d'une éventration sus-ombilicale. Sous la paroi amaigrie on devine les anses grêles distendues et juxtaposées.

Deux vomissements bilieux abondants se sont produits le matin. La température est à 38°, le pouls à 90. Une selle peu abondante a été évacuée il y a quatre heures. Pas d'émission de gaz depuis. La radioscopie montre une juxtaposition d'anses distendues dans tout l'abdomen. Le lavement baryté ne montre pas d'obstacle sur le gros intestin.

Intervention immédiate. Opérateur : Docteur Barraya; aide : Docteur Ayraud. Râchi-anesthésie. 12 cgrs entre L3 - L4.

On explore l'abdomen en extériorisant les anses au minimum, on trouve dans une cavité rétro-gastrique, à travers la brèche mésocolique de la gastroentérostomie, 80 cms d'intestin grêle. Ils sont ainsi étranglés dans l'arrière-cavité des épiploons. La réduction est facile après l'élargissement du collet. On ferme la brèche mésocolique. Iléostomie à la Witzel. Paroi habituelle.

Suites opératoires : le 31 mars la sonde donne 2 litres 1/2 dans la journée. Le 1^{er} avril 2 à 3 litres de liquide. L'abdomen est plat. Apparition d'extra-systoles. L'état général décline rapidement, des phénomènes de défaillance cardiaque s'accroissent et le malade meurt le 2 avril.

2° DISCUSSION DES SIGNES CLINIQUES

Observation N° 1. — Il s'agit d'un cas typique d'ulcère pylorique où le traitement chirurgical s'imposait en raison d'une hématomèse. La première intervention fut banale, facile, mais ne fut pas suivie d'une amélioration parfaite. Après des suites opératoires seulement compliquées d'une atteinte pulmonaire traînante, sans caractère précis, la malade revient trois mois et demi après pour des troubles digestifs persistants, de type gastrique, puisque l'absorption d'aliments les calme, nous n'avons pas eu de détails sur les examens et la thérapeutique mise en œuvre lors de son deuxième séjour à l'hôpital.

Dix mois après les troubles persistent, sans périodes de repos, égaux en intensité, légitimant une deuxième intervention, et le Docteur Prat trouve chez notre malade une désinsertion mésocolique supéro-int. (fig. 1) sténosant partiellement l'anse afférente.

Cet état anatomique était bien à l'origine du syndrome épigastrique accusé par la malade, puisqu'elle n'a plus souffert.

Une radiographie pratiquée entre les deux interventions aurait peut-être donné des renseignements intéressants, tel qu'un remplissage partiel de l'anse afférente. Nous n'avons pas pu la faire

puisque la malade n'a pas été suivie par nous. Cependant, l'examen radiologique aurait pu être négatif, surtout dans un cas comme celui-ci, car l'obstacle anatomique siégeait sur une anse afférente qui pouvait très bien ne pas se remplir de baryte.

Il est donc logique de chercher dans le tableau clinique un indice caractéristique de la lésion. Nous n'en trouvons pas. La désinsertion mésocolique fut silencieuse. Elle ne s'est pas extériorisée par un épisode douloureux aigu. Elle s'est traduite par un syndrome douloureux épigastrique post-opératoire et ce syndrome méritait la discussion.

On a beaucoup parlé de ces troubles cliniques de la phase d'adaptation qui disparaissent en général au bout d'un an. On les dit fonctionnels, car aucun signe radiologique net ne les caractérise, et ils sont attachés, soit à l'atonie gastrique post-opératoire, soit à la microgastrie en rapport avec la réduction de capacité de l'estomac, expliquant la tension post-prendiale, la pesanteur, le ballonnement, la lenteur des digestions et autres troubles dyspeptiques.

Cependant, notre observation met en évidence que la nature de ces troubles n'est pas toujours fonctionnelle. Elle peut être organique et radicalement guérie chirurgicalement. Il semble donc, que, à partir du moment où les phénomènes anormaux dépassent une certaine acuité, il y a intérêt à opérer, car on risque de laisser en place une disposition dont la fixation engagerait l'avenir fonctionnel du nouvel estomac.

Il paraît très difficile de différencier cliniquement le gastrectomisé qui souffre et qu'on doit opérer et le gastrectomisé dyspeptique à soigner médicalement, d'autant plus que les renseignements radiologiques, hormis les cas évidents, emportent difficilement la conviction. Le seul test sur lequel il est raisonnable de compter est un test de durée : **au bout de dix mois à un an il y aurait peut-être intérêt à opérer certains douloureux simples pour voir s'il n'y a pas d'obstacle au transit.**

Observation n° 2. — Il faut souligner d'emblée ici l'intervalle écoulé entre les deux interventions : sept ans. Ce cas est aussi le seul que nous ayons observé après gastro-entérostomie. La brèche mésocolique s'est probablement produite silencieusement et ne s'est traduite par aucun signe pathologique jusqu'au syndrome d'occlusion aiguë. Il convient donc d'opposer ces deux cas d'étranglement par brèche, le premier se manifestant par un syndrome douloureux chronique, le deuxième par une occlusion brutale après intervalle libre de sept ans. Ce polymorphisme ne surprend pas, mais il est certain qu'en opérant la première précocement, nous lui avons évité une occlusion tardive analogue à celle de notre deuxième malade.

3° INTERPRÉTATION MÉCANIQUE DES PHÉNOMÈNES OBSERVÉS

1° Malade N° 1

Lors de la gastrectomie, facile et menée avec toutes les précautions d'usage, l'on n'eut aucune peine à pratiquer la suspension du mésocolon par points séparés au fil de lin; le méso était souple, de longueur normale, ni bref, ni hypervascularisé, circonstances qui aurait pu créer des difficultés. Comment expliquer la création de la brèche? On ne peut invoquer une infection localisée, une péritonite plastique qui aurait pu entraîner la désunion ou l'élimination d'un point gastro-mésocolique; en effet, les suites opératoires furent parfaites du point de vue abdominal, la cicatrice se fit par première intention et aucune réaction thermique anormale ne vint entraver les suites immédiates.

Il faut remarquer que l'on a pratiqué la section du ligament gastro-colique avec conservation de l'épiploon. Il y a peut-être là une cause de traction ayant aidé au lâchage de la suture. Cela est d'autant plus possible que le « décrochage » s'est produit au point de traction maximum, c'est-à-dire à la hauteur de la petite courbure. Il y a intérêt à choisir avec soin le siège de la brèche mésocolique de façon à éviter la traction. Il est certain que la traction la plus forte a lieu, dans la plupart des cas, là où la brèche est suturée à la petite courbure. (Fig. 5.)

2° Malade N° 2

D'après le malade, la première intervention fut menée extrêmement rapidement. Le chirurgien l'aurait « chronométrée » : un quart d'heure à peine. Nous n'avons aucun renseignement sur le protocole opératoire. Même en admettant une exagération de la part du malade, il est cependant permis de penser qu'en un pareil délai la suspension du mésocolon a été insuffisamment minutieuse et la création secondaire d'une brèche spontanée ne peut nous surprendre.

Le mésocolon était désinséré à la face postérieure de l'estomac. La pathogénie à invoquer ici paraît donc être d'abord l'imperfection de la suture mésocolo-gastrique. Que penser aussi de la plus grande fréquence des brèches à la face postérieure de l'estomac, ainsi que cela ressort des cas publiés? Les tractions sont équilibrées tout autour de l'insertion du mésocolon à l'estomac. Une seule raison à la fréquence postérieure du lâchage: bien souvent les chirurgiens font cette suture après avoir fini la bouche. Pour suturer la partie postérieure il faut tourner la bouche sur elle-même, à droite puis à gauche, et les points postérieurs sont mal posés, avec une mauvaise exposition du champ opératoire.

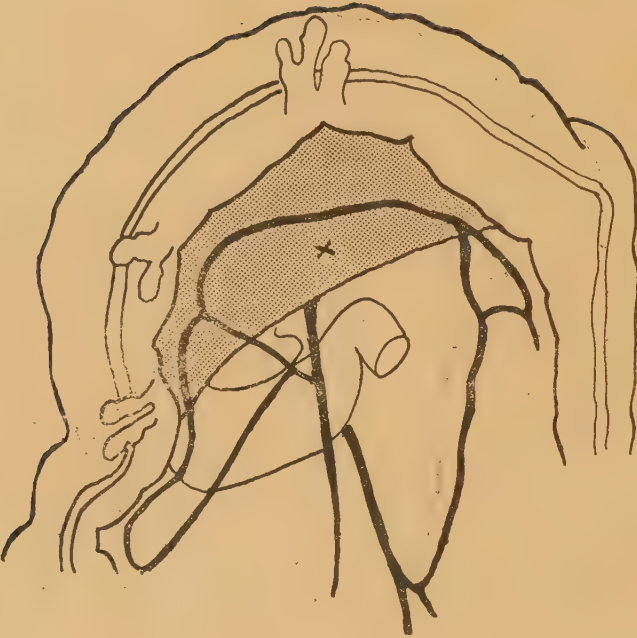


FIGURE 2. — *Disposition des artères du mésocolon*, d'après Hovélacque. La croix représente l'endroit où il faudra pratiquer la brèche mésocolique, le trait =, les vaisseaux que l'on peut au besoin sectionner.

- a) Disposition la plus fréquente: l'artère colique droite pénètre dans le mésocolon et se divise à un centimètre du colon transverse mobile plus ou moins près de l'angle colique droit.



- b) Une disposition plus rare: la colique supérieure droite se divise à son entrée dans le mésocolon sur la ligne médiane; entre les branches écartées il y a deux, trois ou quatre arcades de deuxième ordre.

Dans un quart des cas il existe une colica media accessoria.

4° TRAITEMENT

La laparotomie a été reconnue nécessaire. Le ventre une fois ouvert on trouve facilement la cause des accidents. La masse de grêle herniée peut être explorée après ouverture du petit épiploon où elle s'offre librement à la vue dans l'arrière cavité.

Le colon soulevé, on inspecte l'orifice par où le grêle s'engage à travers le méso désinséré.

Après avoir examiné la situation, par ces deux voies, on lève l'étranglement avec précaution. En effet, l'orifice, le collet, est bordé le plus souvent par les artères coliques. Si l'intervention a lieu longtemps après la gastrectomie, ce bord, plus ou moins infiltré, peut cacher les vaisseaux à première vue. Il faut s'en méfier lors du dégagement des anses, ainsi qu'au moment de la réparation. Celle-ci consiste à refaire la suture du méso à l'estomac ou fil non résorbable. On traite l'intestin suivant l'aspect que lui a donné l'étranglement, et d'après les règles classiques. On referme sans drainage, hormis les cas avancés ou un Witzel de décharge peut paraître utile.

5° PROPHYLAXIE DES ACCIDENTS

La prophylaxie des changements dans la brèche mésocolique paraît résider dans une technique rigoureuse, conforme aux données classiques, mais n'omettant aucune des règles connues.

1. — En premier lieu, il y a une « tactique du mésocolon » au cours des gastrectomies. Il faut choisir avec grand soin le point où l'on va pratiquer la brèche, et ceci dès le début de l'opération en même temps que l'on fait la locale du mésocolon. Pour cela, il faut bien étaler ce feuillet péritonéal, **examiner sa vascularisation**, par transparence au besoin, si la graisse camoufle le passage des pédicules. (Fig. 2, a.)

En général, la portion la plus favorable est à gauche de l'artère colica media (colique supérieure droite), mais il arrive que le méso soit occupé par un véritable réseau vasculaire. Parfois, on distingue aisément les vaisseaux principaux et les vaisseaux accessoires — ceux-ci, au besoin, peuvent être coupés entre deux ligatures.

Si l'on hésite, il est possible de se fier à la manœuvre suivante : on comprime entre deux doigts le pédicule considéré, et on regarde si tous les vaisseaux droits du transverse continuent à battre. Dans ce cas, on peut lier et sectionner. Dans le cas contraire, si plusieurs vaisseaux droits cessent leurs battements systoliques, il vaut mieux s'abstenir.

Il est permis également de sectionner l'arcade de Rickard. Insister le fait souvent. Il faut cependant que l'intervalle entre deu :

vaisseaux droits soit suffisant pour placer la section et les deux ligatures qui la bordent sans léser les vaisseaux droits adjacents. (Fig. 2, b.)

Autre point de vue : **la mobilité du méo.** Il arrive que le méso soit rétracté et qu'il n'y ait pas de possibilité de « l'amener » à l'estomac pour le suturer. Il peut l'être par brièveté congénitale, ou parce qu'il existe de la mésentérite rétractile. On peut dans certains cas arriver à lui rendre « de la corde » en sectionnant le feuillet surajouté de mésentérite.

Mais il existe des mésos impraticables. C'est rare, mais incontestable.

Deux solutions :

a) Si l'ulcère le permet, on envisage de faire une anastomose sus-mésocolique, Pean par exemple. Avec le regain de cette sorte d'anastomose (auquel Finsterer lui-même participe), on peut se ranger à cette décision sans trop de regret.

b) On peut aussi faire une anastomose précolique avec les précautions d'usage. Ce n'est pas une si exécrable intervention, à condition de prendre certaines précautions. Le jéjunum doit croiser le colon très à gauche, là où le méso est bref. Il doit passer dans une fente verticale pratiquée au préalable dans le grand épiploon, si celui-ci n'a pas été enlevé avec l'estomac. Cette fente s'étend du bord colique de l'épiploon à son bord libre et évite au jéjunum d'avoir à enjamber le tablier épiploïque. Il faut encore supprimer l'énorme fente que l'anse afférente laisse en arrière d'elle. Pour ce faire, on suture successivement cette anse, pas à pas, avec des points séparés, à la face inférieure du mésocolon (bref à gauche, nous l'avons dit) à la circonférence colique, puis à l'estomac jusqu'au point culminant de l'anastomose. Ainsi est supprimé un gros inconvénient de l'anastomose précolique, à condition que la suture terminée, et l'anastomose finie, les organes retombent « naturellement » en place sans torsion d'anse, sans plicature.

2. — Il est prudent de vérifier l'intégrité du mésocolon. En effet, des brèches mésocoliques spontanées ont été signalées (Ménegaux). S'il existait une telle solution de continuité il conviendrait de le suturer en prévision d'accidents ultérieurs. Il faut pratiquer un orifice dans le mésocolon, assez large pour qu'il s'adapte sans tiraillement à la circonférence gastrique.

3. — Cet orifice ne doit pas être situé trop près de la racine du mésocolon pour que la portion proximale de ce méso ne tire pas.

4. — La suture doit tre faite aux points séparés, aux fils non résorbables pour en assurer la solidité.

5. — Il faut bien prendre les deux feuillets du méso supérieur et inférieur — se méfier de la rétraction du feuillet inférieur, car elle peut n'être pas apparente au chirurgien qui voit le méso par « en-dessus ».

6. — Il faut faire des points suffisamment rapprochés. Double intérêt à cela : d'abord, l'orifice est plus exactement fermé ; ensuite le poids des organes suspendus et la traction qu'ils exercent, répartis sur un nombre plus grand de points, demande à chacun d'eux un effort moindre et ainsi est évitée au maximum la désunion.



B. OCCLUSIONS PAR ETRANGLEMENT DANS LA FENTE PARIETO-COLIQUE (Moiroud, Salmon et Bouil- lon). *ANASTOMOTIQUE*

Cette forme d'étranglement a déjà été signalée dans les gastro-entérostomies, mais jamais à notre connaissance, dans les gastrectomies. Elle est exceptionnelle si l'on remarque que l'orifice d'étranglement existe dans toutes les gastroentérostomies et les gastrectomies, que presque personne ne l'obture et que le pourcentage d'accidents qu'il entraîne est infime.

Précisons l'anatomie de cet orifice. Limité en arrière par la paroi postérieure de la cavité péritonéale, en bas par l'angle de Treitz, en haut par la partie rétrogastrique du mésocolon après fixation de ce dernier au moignon gastrique, il est complété en avant par l'anse afférente et l'anastomose gastro-intestinale.

Une fois terminée la gastrectomie, il est limité par le péritoine pariétal postérieur en arrière, l'anse afférente, et l'anastomose en avant, la face inférieure du mésocolon en haut, dans sa portion comprise entre sa racine et la suture gastro-mésocolique. (Fig. 3 et 4.)

1° L'OBSERVATION

OBSERVATION N° 3

M. S..., 38 ans, est entré le 2 mai 1938, envoyé par le Docteur Georges Rosanoff, pour ulcus de la première portion du duodénum dont il souffre depuis 10 ans. Après une période de repos de 1934 à 1938, les douleurs ont repris et ne sont plus calmées par la thérapeutique médicale.

Examens préopératoires :

Globules rouges : 4.500.000.

Leucocytes : 11.000.

Polynucléaires neutrophiles : 64 %.

Lymphocytes : 35 %.

Temps de saignement et de coagulation : 3' et 10'.

Vaccination pré-opératoire au broncho-vaclydun du 1^{er} au 10 mai.

Intervention. Opérateur : Docteur Barraya.

Anesthésie locale : 2 sédol pré-opératoires, 1 sédol pendant l'intervention.

Gastrectomie type Polya pour ulcère de la face antérieure de la première portion du duodénum.

Aucun incident opératoire notable.

Suites opératoires : la température oscille entre 38° et 37°9 les trois premiers jours, puis se stabilise à 37°.

Lever au cinquième jour.

Le quatorzième jour, à 6 heures du matin, après un repas, douleur vague à gauche de l'ombilic qui augmente progressivement; vomissements alimentaires mêlés de bile. Ni gaz, ni matières. Etat général bon.

Examen : abdomen rétracté.

A la palpation : à gauche de la cicatrice masse allongée, dure, douloureuse, comme une petite saucisse, à 6 centimètres au-dessous du rebord costal et parallèle à lui.

Traitement mis en œuvre : atropine 1/4 de milligramme toutes les 6 heures. Sérum hypertonique 10 cc. matin et soir. Lavages d'estomac. Durant les deux jours suivants, le malade vomit des quantités importantes de liquide porracé; une selle moulée est évacuée; le 1^{er} juin la température monte à 38°2, l'état général décline, la deshydratation est rapide. Le 2 juin les vomissements persistent, le faciès s'altère.

Ré-intervention le 2 juin 1938.

On dégage la brèche du mésocolon. On trouve un mètre de grêle engagé dans un orifice formé en arrière par la paroi postérieure de l'abdomen, en haut par le mésocolon, en bas par l'anse afférente. Le grêle passé ainsi à gauche de la bouche anastomotique l'a entraînée et tordue partiellement sur son axe. Il suffit de le faire passer en sens inverse par l'orifice décrit pour rétablir la disposition normale. L'estomac se vide, on suture le mésocolon à l'estomac qu'on avait désinséré pour l'exploration au début de l'intervention.

Suites opératoires : On observe des clochers thermiques dont le maximum est 39°8. La chute définitive de la température est obtenue le 11^{me} jour. L'abdomen reste constamment souple.

Du point de vue pulmonaire on note une matité à la base droite avec des sons crépitants à la fin de l'inspiration. Le murmure vésiculaire est affaibli à gauche, ceci pendant les premiers jours.

Traitement post-opératoire : Sérum physiologique 250 à 500 cc. par jour, du 2 au 5 juin. Extrait surrénal. Vaccin Weill et Dufourt du 4 au 10 juin. Septicémine du 6^{me} au 12^{me} jour. Sérum hypertonique intra-veineux les 11 et 12 juin.

Petite suppuration pariétale au bas de la cicatrice, tarie en 8 jours.

Le 12 juillet, sortie. Cicatrisation complète.

Six mois après, le malade avait repris 9 kilogrammes. Il n'a plus souffert depuis, sans suivre aucun régime.

2° DISCUSSION DES SIGNES CLINIQUES

La complication s'est produite peu de jours après l'intervention. Le malade, sous surveillance chirurgicale, a pu être très exactement observé. Les suites immédiates avaient été absolument normales. Les accidents, progressifs mais rapidement intenses, se sont manifestés à partir du quatorzième jour.

1. — **Les signes fonctionnels de l'occlusion aiguë** sont au complet, mais avec un aspect clinique spécial :

a) **La douleur**, épigastrique, s'est installée progressivement, mais sans rémission. Pas de colique d'allure intestinale, — une douleur sourde, mésocolique, rapidement « angoissante », « affolante », même pour le malade.

b) **Les vomissements** ont été de plus en plus abondants, alimentaires, puis exclusivement bilieux. Ils se sont bientôt « régularisés ». Leur quantité apparaît alors comme correspondant assez

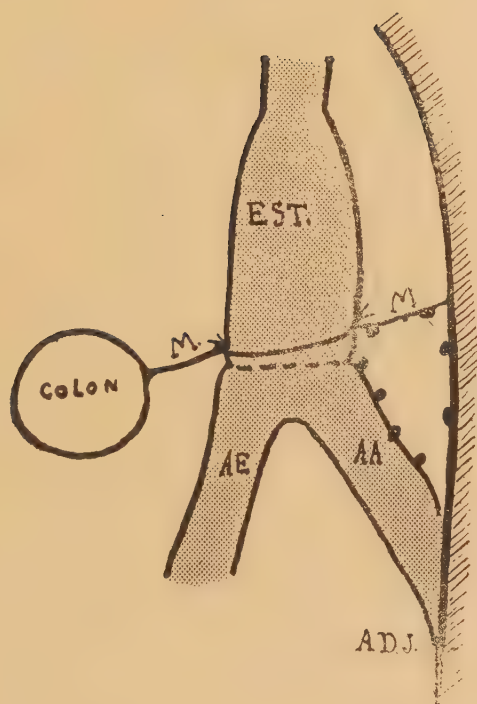


FIGURE 3. — Schéma de la fente pariéto-anastomotique. Coupe sagittale para médiane.

P : Paroi postérieure de l'abdomen.

Est : Estomac.

A D J : Angle duodéno-jéjunal.

A A : Anse afférente.

A E : Anse efférente.

M : Mésocolon.

E : Fente pariéto-anastomotique.

Les points noirs qui bordent cette fente indiquent l'appui des points de suture qui doivent la fermer.

exactement à la quantité totale de bile secrétée par le foie, du suc pancréatique et de la sécrétion duodénale.

c) **L'arrêt des matières et des gaz** n'est pas complet d'emblée. Le fameux « bout inférieur » a ici son maximum de longueur, aussi voyons-nous le traitement médical par les petits moyens amener l'expulsion d'une selle moulée, c'est logique. Il n'eut pas fallu en tirer une sécurité.

2. — **Les signes physiques** sont pratiquement constitués par un symptôme unique, mais important : la perception, dans la région douloureuse, à gauche de l'ombilic d'une masse rénitente de la taille d'une « petite saucisse ». C'est le ballon symptôme de Kiwul, le signe de Von Wahl, mais ici il a une pureté particulière. En effet, pas de grêle distendu en amont pour venir cacher ce signe capital de l'occlusion. Il est plus facile à palper, étant donnée la rétraction du reste du ventre.

3. — **L'état général** présente des modifications remarquables. Pendant l'installation progressive de la douleur il ne change pas, le pouls reste bon, mais dès que la bile secrétée est entièrement rejetée au dehors, en quelques heures on voit le faciès d'altérer. La langue devient sèche, le malade se déshydrate avec une rapidité surprenante. En quelques heures, il prend cet aspect misérable si caractéristique, on a l'impression que la peau « se colle sur les os », suivant l'expression d'une soignante.

L'examen radiologique est inutile, et d'ailleurs seul aurait pu être pratiqué un examen direct, l'intolérance gastrique absolue empêchant de penser à toute ingestion de baryte.

Le diagnostic d'occlusion était évident. La cause précise ne pouvait être découverte avant l'intervention.

3° INTERPRÉTATION MÉCANIQUE DES PHÉNOMÈNES OBSERVÉS

L'orifice existe, normalement, après toute gastrectomie :

a) **Pourquoi le grêle s'y est-il engagé ?** L'orifice était probablement trop large et nous ne pensons plus qu'une pareille éventualité puisse se produire à nouveau depuis que nous prenons les précautions nécessaires. Il eut peut-être suffi de les prendre à l'avance, — mais combien de chirurgiens, en faisant une gastrectomie ou une gastro-entérostomie, se préoccupent-ils de fermer systématiquement cette fente ? L'engagement de l'anse semble s'être produit au moment de l'ingestion d'aliments (un gâteau de riz très dense en l'occurrence). La dimension de l'anse grêle, changée par la présence de ce bol alimentaire compact, a pu permettre le passage au delà de la fente, à l'occasion d'un mouvement péristaltique. Nous voyons souvent sous nos yeux, pendant les interventions, comment ceux-ci peuvent tordre les anses, les porter de droite et

de gauche, parfois avec force. Une fois l'anse au delà de l'orifice, on peut imaginer la lutte du péristaltisme pour faire progresser le bol alimentaire. Celui-ci est trop gros pour franchir l'obstacle. C'est alors l'intestin qui, glissant sur l'amas de matière alimentaire qu'il contient, recule et se dévide en sens inverse à gauche de la fente pariéto-anastomatique.

Peut-être cette explication est-elle trop théorique. En tous cas, elle est une interprétation possible. A un moment donné, le grêle a même entraîné la bouche qui, faisant presque un demi-tour sur elle-même a contribué à compléter l'obstruction.

b) **Pourquoi cet orifice peut-il être anormalement grand?** Il dépend de la dimension des trois côtés du triangle.

— Le côté postérieur, pariétal, s'étend de l'angle duodéno-jéjunal à la racine du mésocolon. Cette distance est très variable. Tantôt l'anse naît au ras du méso, et ce côté est inexistant, tantôt elle est à plusieurs centimètres plus bas, disposition dangereuse. Nous avons mesuré jusqu'à 8 centimètres d'écart.

— Le côté supérieur est constitué par la distance qui sépare le point le plus postérieur de la brèche mésocolique de la racine du méso. Il dépend du choix qui a été fait de l'emplacement de cette brèche. Nous l'avons vu; il est tributaire de l'anatomie exacte du mésocolon.

— Le côté antérieur est constitué de bas en haut par l'anse afférente, l'anastomose gastro-jéjunale et la petite portion d'estomac comprise entre l'anastomose et la suture de la brèche du méso à l'étoffe gastrique.

4° TRAITEMENT

La laparotomie a été décidée. L'abdomen une fois ouvert on se trouve en présence d'organes plus ou moins collés les uns aux autres, suivant la période à laquelle on est intervenu par rapport à la date de l'intervention.

Au premier abord, on peut ne pas reconnaître facilement quelle est la lésion exacte. En effet, les rapports peuvent être énormément changés comme dans notre observation N° 3. Dans ce cas, une grande quantité d'intestin grêle s'était engagée à gauche de la fente pariéto-anastomotique et l'estomac lui-même avait subi une sorte de torsion sur son axe, entraîné qu'il était par le grêle. Il faut examiner attentivement l'intestin tel qu'il se présente.

Ces interventions ont lieu sous anesthésie générale la plupart du temps. Il ne faut pas se presser de dévider l'intestin, il faut essayer de comprendre avant de faire le moindre geste, car la traction d'une anse, en particulier d'une anse occluse, peut être l'occasion d'un choc supplémentaire. En examinant ainsi les organes en place avec précaution, on s'est rendu compte de la malposition



FIGURE 4. — Exposition des éléments de la fente pariéto-anastomotique. Vue schématique du champ opératoire au moment où, le colon étant relevé, on vient de faire la brèche mésocolique.

On a extériorisé l'anse grêle et on peut se rendre compte des dimensions de la future fente pariéto-anastomotique.

A D J : Angle duodéno-jéjunal.

A A : Anse afférente.

A E : Anse efférente.

B : Emplacement de la bouche anastomotique sur le jéjunum.

M : Mésocolon.

m : mésentère.

P : Péritoine pariétal postérieur.

Les champs de protection de la région opératoire n'ont pas été représentés.

des organes. Il doit être facile, si l'on est pas intervenu trop tard, de remettre les choses en place sans manœuvres nouvelles.

Il faudra alors, pour terminer l'intervention en évitant la reproduction de tels accidents, fermer par des fils de lin ou des fils de soie cette brèche pariéto-anastomotique dans laquelle l'intestin s'est engagé (Fig. 3).

La paroi sera suturée avec tous les soins que permettra son état à ce stade évolutif de sa cicatrisation. Il faut se méfier des désunions secondaires et c'est pourquoi souvent l'emploi de fils métalliques de soutien, en plus de l'affrontement normal des plans, est une précaution utile.

Les soins post-opératoires, sont ceux que demande une intervention de cette importance chez un malade déjà fatigué. Les toniques cardiaques, les médicaments susceptibles de donner de nouveau à l'intestin un péristaltisme normal — le tubage par sonde de Camus — seront employés.

5° PROPHYLAXIE DES ACCIDENTS (Fig. 4)

Il s'agit ici purement d'une question technique, en mettant à part le point de vue du régime post-opératoire qui doit être évidemment toujours surveillé. Il faut et il suffit d'obturer la fente pariéto-anastomotique, lorsqu'elle est trop développée. Nous faisons habituellement cette vérification juste avant d'anastomoser le grêle à l'estomac.

La brèche mésocolique a été faite en un point convenablement choisi; plutôt à gauche, permettant d'amener le feuillet péritonéal sans traction jusqu'à l'estomac.

La moitié postérieure de la suture du bord de la brèche du mésocolon à l'estomac a été faite.

On va à la recherche de l'angle duodéno-jéjunal, et il faut repérer le siège de celui-ci par rapport à la racine du mésocolon.

Dans la moitié des cas environ, si l'orifice du mésocolon a été bien choisi, l'angle de Treitz lui est immédiatement sous-jacent et la fente pariéto-colique, de dimensions minimales, n'a pas à être obturée spécialement.

Dans l'autre moitié des cas, l'angle est plus bas situé, parfois très bas. Nous l'avons rencontré jusqu'à 8 et 9 centimètres au-dessous de la racine du mésocolon.

Il est facile d'apprécier (Fig. 4) la dimension de la fente pariéto-anastomotique lorsque le colon et le méso étant rabattus en haut, on examine la première anse jéjunale qu'une valve expose bien: depuis sa naissance, c'est-à-dire depuis l'angle duodéno-jéjunal, si l'espace est trop grand, des points séparés au fil de lin, distants de 2 à 4 centimètres l'un de l'autre, sutureront le jéjunum au péritoine pariétal postérieur, puis à la face inférieure du méso-

colon, pour « l'accompagner » jusqu'au seuil de la future anastomose.

Cette suture doit être faite posément, avec un champ opératoire bien exposé, afin que l'anse soit suturée sans traction, sans torsion sur son axe, pour qu'elle soit disposée convenablement lorsque les sutures seront terminées.

Ce temps demande quelques minutes. Tous connaissent l'existence de cette fente, qui a été signalée à plusieurs reprises à l'attention des chirurgiens. Bien peu s'occupent de l'obturer. Et l'on dit : les accidents sont exceptionnels, — c'est entendu, — mais cette fente est exactement opposé par le sommet à la suture de la brèche mésocolique à l'estomac, et celle-ci est confectionnée avec un soin très précis par tous les opérateurs. Ce temps doit donc être ajouté systématiquement aux temps si bien réglés de nos gastrectomies.



C) OCCLUSIONS PAR ÉTRANGLEMENT DERRIÈRE L'ANSE AFFÉRENTE DANS LES ANASTOMOSES PRÉ-COLIQUES.

Dans les cas où l'on est obligé de faire une anastomose pré-colique (mésocolon tranverse particulièrement rétracté, ce qui est rare), l'anse afférente est nécessairement longue. Il est classique de lui faire contourner la partie gauche du colon transverse, à gauche du grand épiploon, ou à travers une fente verticale de ce dernier. Lorsque l'on a fait une ablation du grand épiploon, la question du croisement est évidemment simplifiée.

De toute façon, l'anse afférente va décrire une longue boucle concave en arrière. Entre elle et, de bas en haut, la paroi postérieure de l'abdomen, le mésocolon, le colon et l'estomac, se place une large brèche.

Dans les suites opératoires, la masse du grêle effectue sa mise en place par rapport à la morphologie nouvelle de la région gastro-jéjuno-duodéno-colique. Certaines anses peuvent s'engager derrière le jéjunum afférent. Celui-ci va se placer comme il pourra, adhérant à tel ou tel organe suivant les rapports anatomiques du moment où se produisent les phénomènes plastiques post-opératoires si fréquents.

Puisque l'intestin risque de contracter ainsi des adhérences désordonnées, pourquoi ne pas les lui assigner par une suture systématique? C'est ce que nous faisons, et nous conduisons pas à pas le jéjunum depuis l'angle duodéno-jéjunal jusqu'à la bouche, ainsi que nous l'avions déjà dit par ailleurs (p.29).



D) OCCLUSION PAR DOUBLE EXCLUSION DUODÉNALE

La double exclusion duodénale est réalisée lorsque, la fermeture du bout distal du duodénum étant effectuée par la suture et l'enfouissement, un obstacle vient obturer cet organe à la base, empêchant ainsi l'évacuation des sécrétions biliaire, pancréatique et duodénale.

On conçoit le danger d'une pareille éventualité qui se rapproche cliniquement du *circulus viciosus* de certaines gastro-entérostomies et de l'arrêt du transit par pince aortico-mésentérique.

I. L'OBSERVATION

OBSERVATION N° 4

M. F..., 40 ans, envoyé par le Docteur Ayraud, entre le 2 décembre 1942, avec un long passé digestif.

Il présente un syndrome ulcéreux net depuis 1924, avec périodes de repos de six mois. Une appendicectomie en 1928 n'amène aucun changement. En 1930, il est opéré de gastro-entérostomie en Italie, en raison de l'amaigrissement et de la persistance des douleurs. En 1931, après dix mois de repos sans reprise de poids, il souffre de nouveau. En 1942, devant la réapparition régulière des périodes douloureuses, et à la suite d'un *moeléna* de sang noir, on décide une réintervention. On note, par ailleurs, une spécificité traitée pendant cinq ans de 1923 à 1928.

Vaccination pré-opératoire au vaccin de Weill et Dufourt.

Intervention le 14 décembre 1942.

Anesthésie locale complétée par de l'éther.

Opérateur : Docteur Barraya.

Incision médiane sus-ombilicale. Il existe quelques adhérences entre la portion supérieure de la cicatrice et le grand épiploon. Décollement colo-épiploïque. On dégage la bouche de gastro-entérostomie qui est à huit centimètres du pylore, croisée à gauche par une bride de mésentérie rétractile.

Réséction intestinale en tissu sain, de part et d'autre de la bouche.

Suture termino-terminale du grêle.

Sur la face antérieure du duodénum on voit la cicatrice étoilée d'un ulcère.

Gastrectomie de type Polya, enlevant l'ulcère.

Drain sous-hépatique. Paroi habituelle.

Examen de la pièce : on a enlevé 8 centimètres de petite courbure et 20 centimètres de grande courbure.

Suites opératoires : Le 15 décembre 1942, température à 38°9 le soir. Le 16 décembre, douleur à type de colique, fixe, excessivement importante, au creux épigastrique, accompagnée de vomissements noirâtres. A 11 heures on place une sonde de Camus qui permet de retirer 300 cc. de liquide homogène noirâtre. On laisse la sonde en place. A 14 heures, même douleur, nausées, vomissements. On ramène par la suite 300 cc. de liquide plus clair que le précédent.

A 16 heures : apaisée par injection de spasmalgine.

A 18 heures : retrait de 150 cc.

A 21 heures : plus de douleurs, retrait de 300 cc. de liquide noirâtre, fétide. Pas de ballonnement. Sensation de résistance épigastrique sans

que l'on puisse parler de contracture ni percevoir quoi que ce soit de bien défini.

Le traitement médical par l'atropine, mis en œuvre, n'apporte aucune amélioration.

Réintervention à 22 heures le même jour.

Opérateur : Docteur Barraya.

Anesthésie générale : éther.

Ouverture de l'ancienne cicatrice. Anse afférente très dilatée comme une chambre à air de motocyclette. Le duodénum a cette énorme dimension du point de sa fermeture jusqu'à la bouche. Il forme sous le péritoine pariétal postérieur un arc de cercle volumineux. Toutes les sutures sont normales. En explorant la bouche on voit l'anse efférente d'aspect normal. Elle se dilate brusquement au cours des manœuvres opératoires. Il existait une coudure de l'anse afférente sur la partie anastomosée : les deux étaient plicaturées l'une sur l'autre dans l'angle formé par le mésocolon et la paroi postérieure; cette coudure n'étant que partielle avait permis l'arrivée dans l'estomac d'une certaine quantité de bile en « surverse ». dans l'estomac d'une certaine quantité de bile en « surverse ».

Pour pallier à la reprise de tout accident, on fait une duodéno-jéjunostomie entre la quatrième portion du duodénum et la partie de l'anse afférente sous-jacente à l'anastomose.

Les suites opératoires de la deuxième intervention ont été relativement simples. Température à 38°9 le 17 décembre, les douleurs ont disparu, l'abdomen est d'aspect normal pour un opéré à ce stade. A 8 h. 30, ce jour-là, la sonde permet de ramener 250 cc. de liquide noirâtre et fétide. Le 1^{er} janvier 1943, cicatrisation complète, poids à 47 kg. 200. Le 15 mars 1943, excellent état, poids 54 g. 300.

Le 17 janvier 1944, le malade entre à nouveau pour une crise douloureuse abdominale aiguë.

Le matin, après absorption de café, apparition de douleurs brutales, à siège para-ombilical, non irradiées, à type de coliques violentes, arrachant des cris au malade. Ces douleurs durent 20 secondes environ et se reproduisent à quelques minutes d'intervalle. Ni vomissement, ni nausées. Arrêt des matières et des gaz.

A l'examen : langue saburrale, bon état général, pouls à 50, température normale.

L'abdomen respire normalement. Il est très souple. Les douleurs sont très vives autour de l'ombilic, à la palpation. Le traitement institué a consisté à placer de la glace sur l'abdomen, à injecter un quart de milligramme d'atropine toutes les quatre heures. Le tubage gastrique ne ramène rien et les douleurs cèdent progressivement. Le 20 janvier 1944, examen radiologique après absorption de baryte : la circulation du bol baryté est satisfaisante. Le 22, le malade sort en bon état.

Le 27 janvier 1944, soit trois jours après, reprise des douleurs, plus sourdes, passant d'un hypocondre à l'autre, quand le malade se couche d'un côté ou de l'autre. A l'examen : abdomen normal, reprise du traitement par l'atropine. Amélioration. Le malade revu récemment n'a plus souffert du tout.

2. DISCUSSION DES SIGNES CLINIQUES

On est étonné, ici, de la brièveté de l'intervalle libre entre la gastrectomie et l'apparition des phénomènes pathologiques qui ont décidé de la réintervention. Par ailleurs, ces premiers faits cliniques et la douleur n'offrent aucune comparaison avec la gêne douloureuse que certains opérés accusent dans la région opératoire et qui est en général dégressive. Ici le malade a ressenti une douleur

brutale, précise, d'intensité croissante. Les vomissements l'ont accompagné bien vite : a) leur aspect est d'abord noirâtre comme un vomissement banal de gastrectomisé. Ils deviennent ensuite moins denses. Il est d'ailleurs très difficile de savoir si un tel liquide est bilieux ou hémorragique, sauf au début, lorsque la couleur rouge du sang est encore très nette. Très rapidement, il se fait un mélange noir verdâtre. Les laboratoires avec lesquels nous poursuivons ces recherches, nous font part de la difficulté du dosage chimique des quantités respectives de sang et de bile dans un tel liquide.

Les phénomènes généraux sont banaux : Le pouls accéléré au début à 120 a ramené ensuite sa fréquence aux environs de 90.

La température élevée jusqu'à 38°9, pouvait faire penser à une complication infectieuse au début. Tous ces signes étaient secondaires en regard de l'intensité des signes locaux. Seul était à retenir le faciès tiré et terreux du malade. De même sa déshydratation était très caractéristique.

Les signes radiologiques n'ont pas été recherchés en présence d'un tableau clinique d'une telle netteté.

3. INTERPRÉTATION MÉCANIQUE PROBABLE DES PHÉNOMÈNES OBSERVÉS

Après ouverture de la cavité abdominale, le seul fait pathologique observé est la dilatation extrême de l'anse afférente : toutes les sutures sont normales.

Quoique la réunion des segments gastriques ne se fasse pas par première intention (thèse Marx Charles Louis), nous ne voyons aucune trace de ce processus de réparation. Il n'existe pas d'adhérences précoces ni aucun signe de péritonite à bas bruit ou localisée. Le mécanisme infectieux n'a donc pu jouer en aucune façon.

L'anse afférente est complètement plate. Toutes les recherches sont négatives pour mettre en évidence un facteur d'occlusion. D'ailleurs au cours de ces manœuvres l'anse afférente se dilate également et la jéjunoduodénostomie ne fut qu'une mesure prophylactique.

Quelle a donc été la genèse de cette occlusion ?

L'anse afférente était en communication avec l'estomac et avec le jéjunum, mais très peu. Les vomissements provenaient vraisemblablement du rejet du « trop plein » que l'anse afférente déversait dans l'estomac par regorgement. S'agissait-il d'un **œdème de la bouche** ? Celle-ci était parfaitement souple au palper. Cependant Bernay et Peycelon expliquent par cette pathogénie les syndromes douloureux à type occlusif survenant dans les premiers mois qui suivent une gastro-entérostomie. Ces « sténoses transitoires de la bouche » cèdent en quelques jours aux lavages d'estomac et à l'atropine. Ici, ce traitement n'a apporté aucune sédation.

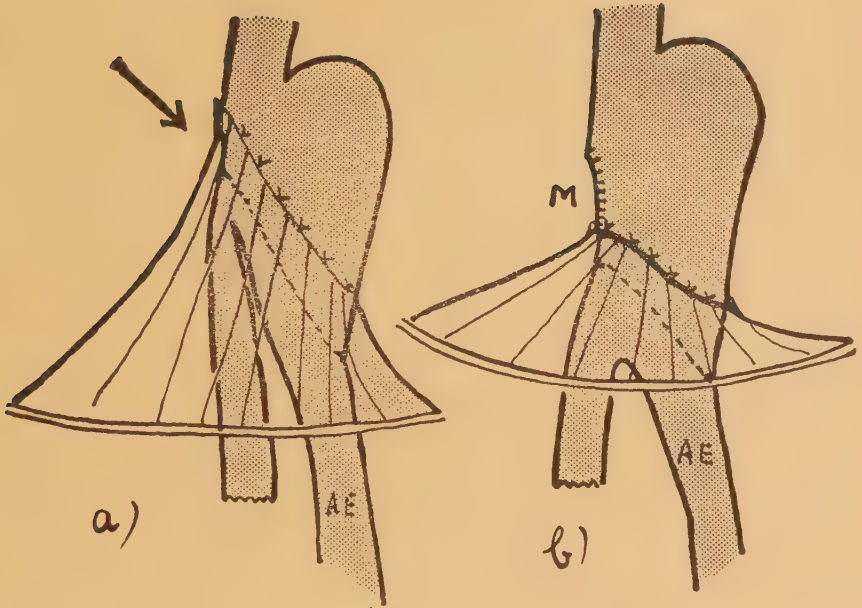


FIGURE 5. — Intérêt du Finsterer pour éviter une mise en tension trop grande du mésocolon au moment de la suture de la brèche à l'estomac.

- a) On a pratiqué un Polya. Le mésocolon est attiré très haut. L'angle qu'il fait avec l'anastomose est très aigu. L'anse afférente elle-même, attirée très haut a tendance à décrire un angle trop aigu avec l'anastomose.

A E Anse efférente.

- b) On a fait un Finsterer. La partie supérieure du manche de la raquette (m) est laissée dans l'étage sus-mésocolique. La tension trop grande du méso et l'acuité exagérée de l'angle de l'anse afférente sur la bouche sont évités.

Il semble que l'on puisse invoquer en partie l'**atonie post-opératoire**, puisqu'il a suffi de mobiliser l'anastomose pour que la dilatation de l'anse afférente se réduise. Cependant cette atonie avait résisté au traitement médical.

Cette atonie post-opératoire réelle, associée à une coudure de l'anse afférente sur la bouche, coudure favorisée par l'acuité trop grande de l'angle diedre « paroi-mesocolon », réalisait une véritable occlusion de position que l'absence de tonicité de la musculature gastro-intestinale n'avait pu vaincre. (Fig. 5, a.)

Une double exclusion du duodénum était ainsi réalisée entre le moignon duodénal et la coudure de l'anse afférente sur la bouche.

La sécrétion pancréato-biliaire était en rétention dans le duodénum, augmentant par sa pression l'angulation de l'anse afférente sur l'anastomose.

On conçoit le danger d'un pareil état risquant d'entraîner le lâchage du bout duodénal avant que l'anse afférente ne se vide dans le jéjunum.

Un pareil tableau est à rapprocher des occlusions par pince mésentérique réalisant aussi une double exclusion du duodénum, signalées par Jonchères dans le « Bordeaux Chirurgical », tome VII 1936.

4. TRAITEMENT

Une fois la laparotomie pratiquée, on aperçoit l'anse afférente et sa dilatation extrême. D'autre part, l'anse efférente est plate. Il est évident que l'occlusion siège au point culminant de l'anastomose. Dans notre cas, la recherche de la cause exacte de la striction a suffi à débloquer le transit. De crainte que les accidents ne se reproduisent, nous avons fait une duodéno-jéjunostomie. Le circuit digestif compliqué ne risque-t-il pas d'amener des troubles pathologiques ? Si l'on admet que le malade doit pouvoir repartir avec un estomac viable, peut-être faudrait-il avoir le courage de refaire la bouche comme nous allons le conseiller.

5. PROPHYLAXIE DES ACCIDENTS

Premier point. — Si l'on coupe haut la petite courbure, il faut penser que l'anse afférente sera d'autant plus coudée sur la bouche. Ceci a une importance relative, car seule la bile doit s'écouler par cette anse, et il est peut-être excellent qu'une certaine angulation empêche le reflux des aliments de se faire vers le duodénum. Poussée à l'extrême, cette position devient nuisible.

Deuxième point. — Lorsque le méso doit être suturé à la petite courbure, il ne doit pas « tirer ». Il faut, avant de choisir le point où l'on pratiquera la brèche mésocolique, s'assurer que l'étoffe du méso est suffisante pour être amenée sans traction à un centimètre au-dessus du point de section de la petite courbure. Si cela n'est pas possible, il ne faut pas s'obstiner : ce qui compte, c'est d'avoir une bonne bouche, bien faite et pouvant effectuer librement son jeu. Il vaut donc mieux, dans ces cas, faire un Finsterer et fixer le méso immédiatement au-dessus de la bouche anastomotique, la suture de la brèche à l'estomac croisant la queue de la raquette du Finsterer. (Fig. 5, b.)

Le principe que « toute la zone d'anastomose doit être sous mésocolique » ne semble pas avoir de raison profonde. Il vaut mieux une bouche bien équilibrée et bien entourée.



E) OCCLUSIONS PAR UNE CAUSE INDÉPENDANTE DE LA GASTRECTOMIE: ÉTRANGLEMENT DANS UNE FOSSETTE PARAJÉJUNALE.

Cette observation nous met en présence d'un cas qui aurait pu se produire après n'importe quelle laparotomie semble-t-il, et même spontanément en dehors de toute intervention. Cependant elle nous paraît intéressante à deux points de vue :

1° D'abord parce qu'elle montre, une fois de plus, que les occlusions hautes post-opératoires peuvent se produire précocement, que le chirurgien, en présence de vomissements bilieux abondants, ne doit pas penser aveuglément qu'il s'agit de suites opératoires mouvementées, et qu'il doit en rechercher la cause chirurgicale possible.

2° Parce que la gastrectomie a peut-être été la cause indirecte de cet étranglement interne. En effet, la première anse jéjunale a été attirée vers le haut pour l'anastomose gastro-intestinale. N'a-t-on pas ainsi, par son intermédiaire, réalisé une légère traction sur les replis péritonéaux de la fossette parajéjunale ? Celle-ci ne formait peut-être auparavant qu'un cul-de-sac virtuel par accolement de ses faces ; en cours d'intervention la suspension de la première anse jéjunale a donné à cette logette une « capacité » permettant à une anse grêle de s'y loger. L'atonie post-opératoire physiologique a empêché l'étranglement de se produire immédiatement. Mais, avec l'apparition des gaz, cette hernie interne s'est facilement transformée en hernie étranglée.

1° L'OBSERVATION

OBSERVATION N° 5

M. G., 30 ans, envoyé au Docteur Barraya par le Docteur Augier, vient consulter en décembre 1940 pour troubles digestifs. Depuis 1938, il souffre d'un syndrome typique d'ulcus duodénal non calmé par le traitement médical. Il a maigri de 6 kilos en huit mois.

Son examen général et la recherche de ses antécédents ne révèlent rien d'anormal.

Sa formule sanguine est normale, si ce n'est une légère hyperleucocytose à 11.400 globules blancs.

Il est préparé à l'intervention par une série de 8 injections de Bronchovaxylun terminée le 12 décembre 1941.

18 décembre 1941 : Intervention.

Opérateur : Docteur Barraya. Anesthésie locale.

Gastrectomie banale pour ulcère duodénal. Décollement colo-épiploïque et ablation du grand épiploon. Ablation de l'ulcère. Anastomose de Polya au fil de lin avec du gastergut sur le plan profond.

Examen de la pièce : on a enlevé 9 cms de petite courbure et 24 cms de grande courbure.

Suites opératoires :

Température maxima 38°7 au deuxième jour. Deux jours après, vomissements de bile. On passe un tube de Camus. Le malade se sonde lui-même très facilement et retire 1 litre 1/2 de liquide environ par jour. Tout liquide introduit est intégralement retiré.

Réintervention le 24 décembre 1941.

Opérateur : Docteur Barraya; aide : Docteur Ayraud.

Anesthésie générale.

Tout est absolument normal à l'ouverture. Pas un seul caillot, mais l'anse efférente est étranglée dans la fossette parajéjunale de Jonnesco. On la libère facilement par expression; on élargit la fossette pour que l'incident ne puisse se reproduire. Paroi aux fils de bronze.

Suites opératoires :

La température oscille jusqu'au neuvième jour autour de 38°. Après une série d'injections de soludagenan elle redescend à la normale.

Revu le 3 octobre 1942. La cicatrisation est complète avec diastasis des muscles droits.

Le 9 mars 1943 souffre de pesanteurs : Est traité médicalement.

Le 18 août 1944 souffre des mêmes pesanteurs qui le gênent d'ailleurs fort peu. Les douleurs de type ulcéreux ont disparu. Le malade pesait 51 kilos 400 à sa sortie de la clinique. Il a pesé 53 kilos 600 le 31 mars 1942. Actuellement il est entre 51 et 52 kilos.

2° DISCUSSION DES SIGNES CLINIQUES

Notons en premier lieu le peu d'importance des phénomènes subjectifs : pas de douleur, pas d'angoisse, mais :

1° **Des vomissements typiques :** rappelons-en les signes. Ces vomissements sont abondants (un litre et demi par jour), ils sont bilieux, de couleur jaune verdâtre. Et l'on se rend compte que la quantité de liquide rejeté égale à peu près le volume de bile et de suc pancréatique journallement secrété.

2° Un état général mauvais quant au faciès : masque tiré, **impression d'amaigrissement rapide du visage.**

La déshydratation est impressionnante. L'état reste bon quant au pouls (toujours aux environs de 90) et quant à la température qui se maintient autour de 38.

Nous insistons sur le fait que **l'abdomen était plat, souple**, sans défense, la pression ne réveillant qu'une douleur normale chez un malade laparotomisé.

En présence de ces faits, seul le diagnostic d'occlusion haute pouvait être porté.

C'est la deuxième intervention qui nous apporte la clef du problème par la découverte d'une anse intestinale dans la fossette parajéjunale gauche de Jonnesco.

Rapprochons maintenant le cas qui nous occupe du **tableau classique des hernies parajéjunales**. La symptomatologie est caractéristique des hernies parajéjunales. La symptomatologie est caractérisée par :

Des troubles digestifs vagues résistant à toute thérapeutique.

Des douleurs persistantes au mésogastre, irradiées à gauche.

Une tuméfaction paraombilicale gauche et paravertébrale.

Ces signes ne sont d'ailleurs jamais présents au complet.

Notre malade était-il porteur de sa hernie avant la gastrectomie ? Il est permis d'en douter ; il n'accusait aucun de ces symptômes, et ses douleurs, nettement épigastriques, tardives, périodiques, non irradiées à gauche, étaient certainement dues à son ulcus duodénal en évolution. Les symptômes cliniques atypiques signalés dans la littérature avec :

la forme diarrhéique,

la forme constipante et toxique,

ne furent jamais observés. Il faudrait admettre chez lui une forme insidieuse absolument silencieuse, ce qui présente peu d'intérêt.

3° INTERPRÉTATION MÉCANIQUE PROBABLE

DES PHÉNOMÈNES OBSERVÉS

La réintervention fut facile, en raison de l'état, absolument normal de la cavité péritonéale et des sutures. On découvre l'anse efférente étranglée dans la fossette parajéjunale gauche. Rappelons à ce propos **un mot d'anatomie** :

Les fossettes parajéjunales sont au nombre de trois. Classées primitivement par Jonnesco en :

fossette duodéno-jéjunale,

fossette jéjunale supérieure,

et fossette jéjunale inférieure,

Brohée a proposé de les débaptiser. En effet, Vuillemin, de Nancy, montrait en 1911 que la quatrième portion du duodénum s'arrête à 3 ou 4 cms avant le sommet de l'angle dit « duodéno-jéjunal » qui, de ce fait, est une erreur anatomique, puisque ces deux branches sont constituées par le jéjunum. Ces fossettes sont donc purement jéjunales et Brohée les distingue en :

2 fossettes gauches : parajéjunale gauche supérieure,

parajéjunale gauche inférieure,

1 fossette droite : parajéjunale droite ou fossette mésentérique-pariétale de Waldeyer.

Les deux premières sont sur le flanc gauche du jéjunum, à gauche du ligament de Treitz, sous la mésentérique inférieure. Elles

sont cachées par le mésocolon et difficilement distinguées au cours d'une intervention. L'impression première est la suivante :

1) Les fossettes gauches sont deux loges très aiguës, coniques, rétrécies, en forme de hottes renversées : elles correspondent aux fossettes supérieure et inférieure de Jonnesco. L'orifice est rétrécie (Bolognèsi), le fond est élargi. La profondeur des fossettes gauches supérieure et inférieure est de 3 à 4 cms. Dans certains cas, elles peuvent loger la presque totalité du grêle.

2) La troisième fossette est plus rare, souvent isolée, couchée sur le flanc droit du jéjunum.

Leur fréquence, d'après les statistiques de Jonnesco 1889 et Forlini 1926, est la suivante :

Fossette parajéjunale inférieure gauche 68 à 75 %.

Fossette parajéjunale supérieure gauche 48 à 49 %.

Fossette parajéjunale droite 14 à 16 % toujours seule.

Le cas que nous rapportons paraît devoir être classé dans les hernies internes de la fossette parajéjunale supérieure gauche, éventualité la plus fréquente.

On dira : ce cas d'étranglement interne peut se produire, au fond, après n'importe quelle laparotomie ou même spontanément et dans n'importe quelle fossette anormale de l'abdomen. Mais comme nous l'avons déjà exposé, les manœuvres opératoires et la nouvelle morphologie gastro-duodéno-jéjunale sont vraisemblablement en rapports étroits avec la production des accidents.

4° LE TRAITEMENT

Il fut particulièrement simple. Le traitement classique comprend deux temps :

- a) Le débridement,
- b) La cure chirurgicale.

a) Le débridement.

Il n'est que rarement nécessaire en cas de hernie non étranglée. Il est par contre parfois extrêmement difficile lorsqu'il y a étranglement en raison de la présence de la Mésentérique inférieure formant l'arc vasculaire de Treitz. Lorsqu'il est impossible, on doit recourir :

Soit à l'abouchement en canon de fusil de l'anse sphacélée à la paroi ;

Soit à une jéjunostomie à la Witzel sous l'obstacle ;

Soit à une duodéno-jéjunostomie avec anastomose entre l'anse sous-jacente à l'étranglement et le duodénum.

b) La cure chirurgicale.

Elle se fait par élargissement ou fermeture de la fossette. Elle a lieu dans le même temps que le débridement, lorsqu'il a été réalisable, ou dans un deuxième temps, lorsqu'on a eu recours à une dérivation, en raison de la difficulté de l'intervention ou de l'état précaire de l'opéré.

Nous n'eûmes en pareil cas aucune peine à réduire la hernie, sans débridement, par simple expression et à supprimer la fossette par élargissement vers le bas de son orifice, évitant ainsi la Mésentérique accolée à sa paroi postérieure.

Conclusion.

La région duodéno-jéjunale est toujours à vérifier au cours d'un tableau d'étranglement interne post-opératoire, lorsque aucune cause d'occlusion n'est trouvée dans la zone de la première intervention. Un simple débridement vers en bas peut supprimer la fossette.

Dans le cas où cette fossette comporte un collet étroit, il peut être plus facile d'occlure celui-ci par quelques points, après réduction. La mise à plat de la poche serait alors trop difficile.

5° PROPHYLAXIE DES ACCIDENTS

Elle fait partie de la révision générale qui doit terminer toute intervention, et plus particulièrement ces interventions gastro-jéjunales qui modifient beaucoup les rapports de la région gastro-duodéno-jéjunale.

Il faut bien exposer la région des sutures, aussi bien au-dessus du mésocolon qu'au-dessous, et explorer en mobilisant en tout sens la bouche gastro-jéjunale que le jeu des péristaltismes mobilisera physiologiquement par la suite. On se rend ainsi compte de l'existence possible de fossettes péritonéales anormales. De même on voit si des replis péritonéaux peuvent se former et, si l'un d'eux semble menacer l'intestin ou l'estomac, on le sectionnera avant de fermer le ventre.



F) OCCLUSIONS PAR INVAGINATION DANS L'ESTOMAC DE L'ANSE EFFERENTE.

Nous n'avons pas d'observation qui se rapporte aux invaginations dans les bouches gastro-intestinales, ce chapitre est cependant à envisager.

1° Discussion clinique et mécanisme.

Cette complication est celle que l'on trouve le plus fréquemment dans la littérature ayant trait aux étranglements internes après gastro-entérostomie. Il a été publié vingt-quatre cas d'invagination dans la bouche de gastro-entérostomie et un dans la bouche de gastrectomie, à notre connaissance.

Il semble donc, à priori, que la gastrectomie ne favorise pas de tels accidents. On peut en voir l'explication dans le fait que l'anse anastomotique d'une gastrectomie est en situation haute, subissant ainsi une certaine traction. Au contraire, dans la gastro-entérostomie, elle garde une situation abdominale ainsi que le fond de l'estomac. L'invagination de l'anse efférente est peut-être alors plus facile dans une telle bouche, basse et mal soutenue.

On a, d'autre part, reproché à la technique de Reichel Polya de favoriser une sub-invagination de la première anse grêle. En effet, dans ce procédé, la paroi intestinale qui regarde l'ouverture gastrique est étendue et aurait tendance à venir obturer l'anse efférente, voire même à saillir dans la cavité gastrique. C'est donc à proprement parler une sub-invagination que l'on observe parfois en de telles circonstances.

Quoi qu'il en soit, cet accident se présente de façons diverses :

1° Parfois, il survient sous la forme d'une crise aiguë, avec : coliques soudaines, violentes, à siège épigastrique ; des vomissements alimentaires, bilieux, mêlés de sang ; une tuméfaction inconstante de l'hypochondre gauche ; pas de contracture, mais une hyperesthésie cutanée ; enfin, l'estomac est distendu.

2° D'autres fois, il s'agit d'une symptomatologie chronique, avec : des troubles dyspeptiques chroniques, lenteur de l'évacuation gastrique, vomissements tardifs après le repas.

Tous ces signes apparaissant de façon inconstante et traduisant la sub-invagination de la paroi intestinale en face de la bouche.

2° Conduite à tenir.

Dans le cas d'accidents aigus, on est amené à opérer immédiatement en raison de la gravité des signes :

On désinvagine,

On resèque,

Ou on fixe le grêle à l'estomac et à la paroi postérieure, lorsque l'intestin est intact.

Dans le cas d'accidents chroniques, une radiographie après absorption de baryte, faite au cours d'une crise douloureuse, pourra seule permettre le diagnostic en révélant une image particulière, souvent à type de lacune, arrondie, inconstante, s'accroissant avec le péristaltisme et entourée, sur certains clichés, d'une bordure de plis fins de muqueuse intestinale.

Il faut intervenir et essayer d'obtenir une anastomose convenable ; au besoin, il faut défaire la bouche et la refaire dans une position meilleure. Si l'intestin a été lésé, on le réséquera avec suture bout à bout et on fait une anastomose en aval.



II

Les occlusions dues à la réaction péritonéale plastique post-opératoire



Nous réunissons ici, sous la rubrique : phénomènes péritonéaux plastiques adhérentiels, des cas très différents du point de vue clinique. Ils comprennent à la fois des occlusions précoces et des occlusions tardives, des péritonites localisées avec adhérences inextricables et des occlusions mécaniques par bride unique.

Ces cas ne sont en effet pas disparates, ils traduisent tous la réaction du péritoine à la suite de l'agression que réalise la première intervention. Les formes tardives ne sont souvent que les séquelles d'une lésion précoce passée inaperçue parce qu'elle ne s'était pas compliquée d'arrêt du transit. Dans d'autres cas, les suites opératoires immédiates ont été un peu agitées, mais pas au point de faire envisager une réintervention.

En somme, l'adhérence, devenue nuisible, est le lien qui unit ces formes cliniquement si différentes.

Nous étudierons successivement deux sortes de cas assez différents :

A) le cas où il y a un magma d'adhérences ;

B) les cas où il existe une bride isolée.

Nous terminerons par un dernier chapitre :

C) Vue d'ensemble sur les adhérences et déduction qu'on peut en tirer :



A) OBSERVATION 6: IL Y A UN MAGMA D'ADHÉRENCES

1° L'OBSERVATION

OBSERVATION N° 6

M. M..., 33 ans, est envoyé au Docteur Barraya par le Docteur Maschi, pour crises douloureuses épigastriques ayant débuté en 1940. Ces crises se sont reproduites en 1942 et assez fréquemment depuis. Une radiographie pulmonaire faite en 1942 avait mis en évidence un ulcus duodénal. Le traitement médical n'a plus d'effet depuis cette date. L'intervention est décidée.

Examens préopératoires : Globules rouges 5.700.000 ; globules blancs 11.007. Autres examens normaux.

Vaccination préopératoire : Vaccin de Weil et Dufour.

Intervention le 15 février 1943.

Opérateur : Docteur Barraya. Anesthésie locale.

Gastrectomie de type polya au fil de lin. Ablation de l'ulcère duodénal et gastrectomie large. Paroi habituelle sans drainage.

Les suites opératoires ont été parfaites pendant les 10 premiers jours. Ensuite, le malade souffre légèrement de la région épigastrique. Pendant les premiers jours de mars, il se met à vomir de plus en plus abondamment, sans grosses douleurs, un liquide bilieux et alimentaire.

Le 10 mars, le faciès change, le malade maigrit « à vue d'œil » ; il rejette ou on retire par tubage à la sonde de Camus plus d'un litre de liquide bilieux par jour, mélangé à ce qu'il ingère. Il y a donc forcément sténose de l'anse efférente.

Examen : Tension épigastrique impossible à vaincre, mais cependant peu douloureuse. Le malade est très impressionnable.

Réintervention le 10 mars 1948.

Opérateur : Docteur Barraya. Anesthésie générale à l'éther.

On ouvre l'incision de la première intervention. La cicatrice musculaire est ossifiée du haut en bas. On en prélève un fragment pour examen histologique. A la partie haute, on dégage assez facilement le foie, mais on ne peut absolument pas progresser plus bas. La région opératoire pariétale, l'intestin et l'estomac font un bloc impossible à dissocier. On sectionne le grand Droit gauche en travers, à l'union entre les 3/4 supérieurs et le 1/4 inférieur de l'incision médiane. Au delà du muscle grand Droit, on trouve une zone de péritoine libre dans laquelle on repère la portion gauche du moignon gastrique, le colon et les anses grêles. On prend la première anse grêle qui sort du magma adhérentiel péri-anastomotique. On vérifie que cette anse est libre plus bas, on fait une anastomose entre cette anse et la partie libre de l'estomac au-dessus et à gauche de la première bouche. Paroi habituelle.

Suites opératoires normales :

Un examen histologique fait par le Docteur Daumas, chef de laboratoire des hôpitaux de Nice, a démontré la structure franchement ossuse d'un fragment de paroi. Ce fragment, histologiquement, pourrait être confondu avec un os spongieux : « Après fixation suivie d'inclusion à la paraffine, des coupes ont été débitées au microtome et colorées suivant les techniques usuelles : (Hématoxyline-éosine, trichrome de Masson, mucicarmin).

« A l'examen microscopique les constatations suivantes ont été effectuées :

« Tissu conjonctivo adipeux cicatriciel contenant de nombreuses lamelles ossuses néoformées, entourées d'une couche régulière d'ostéoblas-

tes, avec çà et là une encoche contenant un ostéoclaste.

« Il s'agit d'une *cicatrice partiellement ossifiée*. »

Ce malade est sorti le 25 mars en état parfait. La cicatrisation est complète.

Le 20 mai 1943, on revoit le malade. Son poids est augmenté de 4 kilos 500.

Le 27 août 1943, son poids est augmenté de 8 kilos.

Le 4 mai 1944, son poids est augmenté de 6 kilos 400.

La cicatrice est normale, on sent dans la partie médiane une zone ossifiée qui occupe ses 3/4 supérieurs.

Un examen radiologique est pratiqué à cette date (Docteur Paschetta).

« L'estomac se termine à la partie inférieure par une zone floue correspondante à une zone d'adhérences. La deuxième bouche anastomotique fonctionne comme une bouche de gastrectomie normale. »

2° DISCUSSION DES SIGNES CLINIQUES

Le diagnostic de complication fut ici facile. Puisque le malade rejetait plus d'un litre de liquide bilieux par jour, il était clair qu'il présentait une sténose de l'anse efférente. Il en avait d'ailleurs les autres signes cliniques, amaigrissement et modification du faciès « à vue d'œil ».

La marche des signes cliniques fut cependant progressive. Ils ont commencé à apparaître 10 jours après la première intervention. Ils se sont affirmés 12 jours après sans brutalité de début.

3° INTERPRÉTATION MÉCANIQUE PROBABLE

DES PHÉNOMÈNES OBSERVÉS

Le premier fait anormal était l'ossification de la paroi qui a été vérifiée par l'examen histologique. Cette ossification s'est produite en dehors de tout signe d'infection. Ces cas d'ossification des cicatrices sont connus, mais nous croyons tout à fait exceptionnelle l'apparition de ce phénomène au bout d'un laps de temps aussi court.

Dans les cas publiés, 80 % des ossifications de cicatrices sont survenues après intervention sur la région sus-ombilicale, sur l'estomac, — 20 % après intervention sous-ombilicale, sur la vessie. Le lieu d'élection est donc la ligne blanche sus-ombilicale.

L'examen anatomo-pathologique de ces cas a montré qu'il s'agissait soit d'une métaplasie directe en partant du tissu conjonctif, soit d'une ossification enchondrale avec stade cartilagineux préalable. Notre observation se rattache à la première de ces deux éventualités. La pathogénie de ces faits reste obscure. On accusa d'abord l'infection de provoquer une réaction atypique du tissu conjonctif : le pouvoir réparateur des cellules serait dévié en vue de l'édification de l'os néoformé ; Lecène mettait ainsi en cause en 1909 « une in-

flammation subaiguë rappelant la myosite ossifiante ». On peut objecter à cette hypothèse que certaines ossifications se produisent après une cicatrisation par première intention.

On a ensuite invoqué une irritation locale par les fils de suture et surtout le catgut, celui-ci agissant comme corps étranger (on a trouvé en effet des débris de catgut au contact du tissu osseux). Nous verrons plus loin que les réactions individuelles au catgut sont extrêmement variables. Le facteur irritant, la cause déclanchante de la formation de l'os peut donc bien être le catgut, chez les individus sensibilisés à cette substance.

On a aussi mis en cause l'appendice xyphoïde : situé au sommet de la ligne blanche, participant quelquefois peut-être à l'incision sus-ombilicale, on s'est demandé s'il n'était pas le point de départ de l'os néoformé, au moins dans les interventions sur l'estomac : un coup de ciseaux involontaire ne pourrait-il réaliser une greffe xyphoïdienne, un véritable transplant ? Mais les expériences de Goichi Asami et Widock ont démontré que le transplant de cartilage xyphoïdien ne détermine jamais de phénomène d'ossification : tout cartilage transplanté meurt, sauf celui de l'oreille du lapin qui crée du cartilage jeune dans le tissu conjonctif entourant le transplant. Cette hypothèse « xyphoïdienne » ne paraît donc pas à retenir. En dernier lieu, certains auteurs, Lucente, Puscard, se sont demandés si le facteur nerveux qui détermine l'ulcère ne favorise pas la formation de tissu osseux au niveau de la cicatrice. Ceci, d'après l'opinion de Lenormant, paraît peu convaincant.

Si l'étiologie de ces faits paraît assez obscure et controversée, le mécanisme anatomo-pathologique proprement dit a été étudié par Leriche et Pollicard. Ils émettent l'idée qu'il ne s'agit ni de greffe, ni de culture, ni d'esquille projetée, mais de précipitation d'os dans un terrain favorable, à savoir une trame conjonctive jeune, riche en vaisseaux, sans trame fibreuse, infiltrée d'œdème, donc aisément perméable et réceptive pour l'infiltration ostéocalcaire. Un tel mécanisme entre en jeu dès le 6^{me} ou le 7^{me} jour après l'incision du tissu qui va en être le siège.

Cette explication anatomo-pathologique s'applique parfaitement à l'ossification qui nous occupe, déjà avancée 23 jours après l'intervention déclanchante et apparue dans une région opératoire vasculo-conjonctive, mais rien ne peut être démontré de façon absolue pour prouver quelle a été la cause déclanchante. Le catgut peut être incriminé, l'infection atténuée ainsi.

Nous nous sommes demandés si la ligne blanche, en prolongement direct du sternum, n'était pas embryologiquement et effectivement favorable à l'éclosion de ces phénomènes, en vertu de la loi générale des métamères : à la faveur d'une cause déclanchante, telle que la simple section au bistouri, elle pourrait suivre l'évolution que lui assignait sa destinée embryologique.

En essayant de pénétrer dans la cavité abdominale on a trouvé, immédiatement, des adhérences très serrées unissant toute la zone opératoire à la paroi antérieure de l'abdomen. Il fut absolument

impossible de progresser sur la ligne médiane vers la bouche de gastro-entérostomie. Les tissus étaient lardacés et aucun clivage ne persistait plus.

La présence d'un tel bloc d'adhérences fait soulever les hypothèses classiques : infection localisée avec hyperréaction du péritoine, ou bien phénomène d'intolérance¹ au catgut. Nous en avons déjà parlé.

4° LE TRAITEMENT

Il a d'abord fallu trouver une zone libre. Pour ce faire, une incision horizontale a été branchée sur l'incision primitive en se dirigeant de droite à gauche. A 6 ou 7 centimètres de la ligne médiane, on tombe enfin sur une portion libre de la cavité péritonéale où l'on reconnaît la paroi antérieure de l'estomac, le colon, et le mésocolon. On se porte dans l'étage sous-mésocolique et on repère la plus haute des anses qui s'échappe de ce magma fibreux. On s'assure qu'en aval cette anse est libre. On fait alors la seule intervention praticable dans ce cas : une gastro-entérostomie antérieure.

On pouvait craindre que la péritonite adhésive qui avait amené ces accidents ne se reproduisit et n'envahisse cette nouvelle anastomose. Les suites opératoires ont montré qu'il n'en était rien. En effet, elles ont été simples et le malade va bien.

5° LA PROPHYLAXIE DES ACCIDENTS

La part de cette prophylaxie qui revient à la discussion de l'origine des adhérences post-opératoires a une portée chirurgicale considérable. Ce problème est excessivement vaste. Il met en jeu l'observation, l'expérimentation, la biologie. On incrimine une affection atténuée. Nos convictions actuelles nous amènent à des techniques de plus en plus précises ; à ce propos, la question du rôle des ligatures et de leur nature continue à être étudiée dans les laboratoires. Nous en reparlerons.

Pour ce qui est du terrain, nous ne pouvons rien conclure de définitif, non plus. On connaît toutes les recherches qui ont eu lieu à ce sujet. A propos de notre observation, notons simplement un fait : Des adhérences excessivement étendues et nuisibles ont suivi la première intervention. A la suite de la deuxième, aucun phénomène semblable ne s'est produit. Par conséquent, si le terrain joue un rôle, il se peut qu'il s'agisse non pas d'un terrain permanent, d'un terrain « de fond », mais d'un état temporaire dans lequel peut se trouver un individu dans les suites opératoires. Quelle bizarre coïncidence d'infection, de mise à l'air, de choc sympathique, de

bouleversement vasculaire et d'état précis du sujet au moment considéré, aboutit à ces magmas fibreux contre lesquels nous sommes encore désarmés ? Nous espérons que ce problème sera résolu.

Pour ce qui est de l'ossification pariétale, nous avons envisagé les différentes pathogénies invoquées par les auteurs. D'aucune d'entre elles nous ne pouvons tirer de conclusions prophylactiques, sauf cependant une protection aussi minutieuse que possible lors des temps septiques, évitant au maximum le contact de la paroi avec les temps douteux de l'intervention.

Enfin, par prudence, on évitera de sectionner, à la partie haute de l'incision, l'appendice xyphoïde.



B) OBSERVATION 7 et 8: IL EXISTE UNE BRIDE ISOLÉE

1° OBSERVATION 7

M. B..., 19 ans, est traité depuis le 14 janvier 1943 par le Docteur Gandelon pour brûlures gastriques survenant 3 heures après le repas, rendant tout travail impossible; tous les traitements banaux essayés sont inefficaces. Le malade ne s'alimente presque plus.

Un examen radiologique pratiqué par le Docteur Daviot révèle un ulcus duodénal.

Le 14 avril 1943, on conseille au malade de poursuivre un traitement médical, étant donné son jeune âge.

Le 1^{er} février 1944, il nous dit avoir continué à souffrir sensiblement de la même façon sauf pendant un mois. On décide d'intervenir, sa vie devenant impossible.

Intervention le 7 mars 1944.

Opérateur : Docteur Barraya, anesthésie locale.

On trouve un ulcère de la face postérieure du duodénum adhérent au pancréas. On le dégage facilement. Gastrectomie de type Polya au fil de lin. Drain sous-hépatique.

Examen de la pièce : on a enlevé 15 cms de grande courbure et 8 cms de petite courbure.

Suites opératoires : normales.

Le 10 mars 1944, douleur modérée au creux épigastrique avec des vomissements bilieux très abondants. Les vomissements et les tubages à la sonde de Camus ramènent chaque jour 1 litre 1/2 de liquide environ. La température monte à 38°.

A l'examen : Défense pariétale au creux épigastrique, ventre absolument plat; le malade change d'aspect et maigrit rapidement.

Réintervention le 14 mars 1944.

Opérateur : Docteur Barraya. Anesthésie générale éther.

On trouve une anse grêle passant devant le colon et s'insérant par une courte bride qui l'étrangle sur la face antérieure de l'estomac. Section de la bride; fermeture.

Suits opératoires : bonnes.

Cicatrisation par première intention.

Le 23 mai 1944, ce malade avait engraisé de 10 kilos depuis sa sortie, digérait bien, n'avait plus de douleurs.

2° LA DISCUSSION DES SIGNES CLINIQUES

Le diagnostic d'étranglement de l'anse afférente fut là encore facile pour ce malade, en raison de la quantité de liquide bilieux vomi ou ramené par sondage la quantité de deux litres et demi par jour représentait vraisemblablement la totalité de la sécrétion biliaire pancréatique, et de l'hypersécrétion gastrique. L'état général, vite altéré, et l'amaigrissement signaient également le diagnostic.

3° L'INTERPRÉTATION MÉCANIQUE DES PHÉNOMÈNES OBSERVÉS

Dans une cavité péritonéale normale, par ailleurs, on trouve une des premières anses jéjunales étranglée par une bride qui s'insérât d'une part sur cette anse même, et d'autre part, sur la face antérieure de l'estomac. Sa section, facile, apporte une guérison définitive.

Le fait de l'adhérence lui-même nous reporte à la discussion qui a déjà été faite à propos du cas précédent.

Seule est à discuter la position très atypique de cette anse, qui a franchi le colon vers le haut et est venue se coller à la face antérieure de l'estomac.

Nous prenons grand soin, à la fin de l'intervention, de « remettre en place » les organes. En particulier, que l'intervention ait été menée de bout en bout à l'anesthésie locale, ou que l'on ait terminé avec quelques bouffées d'anesthésie générale, la fermeture de la paroi s'accompagne toujours d'une lutte contre les anses intestinales qui tendent à s'extérioriser. Il est possible, à ce moment, qu'une anse vienne se placer de façon anormale et nous veillons toujours à ce qu'une telle éventualité ne se produise pas.

Faut-il admettre un hyperpéristaltisme post-opératoire qui aurait entraîné cette anse grêle vers l'étage sus-mésocolique ? ce qui est contraire aux données classiques. En effet, il existe, pendant une douzaine de jours, une période d'atonie gastrique post-opératoire que Kirchner a radiologiquement vérifiée... et notre malade fut réopéré le 7^{me} jour !

Il faut tout le même, en dernière analyse, probablement, incriminer une malposition d'anse en fin d'intervention ou lors de l'agitation post-opératoire, bien que ceci n'explique pas la création d'une bride adhérentielle unique aussi rapidement développée.

* *

Pour ce qui est de la pathogénie des adhérences, du traitement et de la prophylaxie des accidents, nous les envisagerons plus loin dans leur ensemble.

4° OBSERVATION 8

M. de F..., 65 ans, souffrait depuis vingt ans de troubles dyspeptiques tardifs, inconstants, sans périodes régulières, mais à grands intervalles de repos et jugulés par un régime approprié.

En janvier 1940, après un moelena de sang noir abondant, on décide d'opérer.

Le 2 février 1940, le malade a été opéré. Il nous a dit que l'on avait pratiqué une gastrectomie large pour ulcus de la petite courbure au voisinage du pylore.

Les suites opératoires nous ont été narrées par le malade : Il est survenu une petite complication bronchitique, la température a atteint 38°2 au maximum. La cicatrisation s'est faite par première intention. Il a repris un régime normal; une certaine viciation du goût avec sensation de fadeur est apparue au bout d'un an. L'état digestif est resté parfait. Cependant il n'y a pas eu reprise du poids après l'intervention.

Le 10 décembre 1943, à 22 heures, colique brutale, ballonnement, arrêt des gaz et des selles. Le Docteur Sassi, appelé auprès de lui, fait appliquer des compresses de laudanum sur l'abdomen. Le malade évacue alors des gaz et le lendemain une selle normale.

Le 2 janvier 1944, à table, il se produit une colique identique à la précédente, sans vomissements ni nausées, avec arrêt du transit. A l'examen, l'abdomen est souple mais légèrement douloureux à la pression dans la fosse iliaque gauche.

Un examen radiologique fait à 17 heures ne montre pas de signes radiologiques d'occlusion. Deux heures plus tard, à la simple radioscopie, on voit une anse grêle se détacher clairement sur le fond sombre. L'apparition de ce « ballon symptôme » radiologique nous décide à intervenir.

Réintervention.

Docteur Barraya. Anesthésie générale sans tubage gastrique. On trouve une bride très épaisse qui s'étend de la paroi antérieure, au niveau de la cicatrice, jusqu'à la paroi postérieure de l'abdomen, à quelques centimètres au-dessous de la partie moyenne du mésocolon. L'intestin grêle, autour de cet axe, a décrit une sorte de volutus qui l'étrangle. On sectionne la bride. L'intestin reprend un aspect satisfaisant. Fermeture sans drainage.

Suites opératoires : Normales. Cicatrisation par première intention.

Depuis, l'état est parfait. Fait accessoire et bizarre, toute viciation du goût a disparu depuis la deuxième opération.

5° DISCUSSION DES SIGNES CLINIQUES

Il s'agit ici d'une occlusion post-opératoire tardive, banale, apparue quatre ans après la première intervention et opérée sept heures après un début brutal. Le tableau en est classique :

Douleur brutale

Arrêt des gaz et des selles

Ballonnement

Nausées.

L'indication opératoire était évidente, sept heures après le début.

Ici se place un fait important. Deux heures après le premier examen radiologique, le malade fut à nouveau placé derrière l'écran car il continuait à souffrir. Alors que l'on avait, à la radiographie, rien d'anormal la première fois, ici, dès la scopie, une anse grêle, éclairée par les gaz sous tension, était évidente.

L'apparition de cette anse visible, véritable signe de Von Wahl radiologique, est peut-être un fait très important. N'y aurait-il pas intérêt, dans les cas douteux, et ils sont nombreux pour les occlusions hautes du grêle, à faire, d'heure en heure, un examen à l'écran, pour « aller à la rencontre » d'un ballon symptôme, afin d'intervenir dès que possible, condition essentielle du succès dans les syndromes d'occlusion.

Ce cas ne prête pas à discussion comme les occlusions précoces déjà rapportées.

L'intervention libéra l'adhérence, fut facile et couronnée de succès.

Comme pour l'observation précédente, nous envisagerons dans leur ensemble les faits qui ont trait aux adhérences post-opératoires.



C) VUE D'ENSEMBLE SUR LES ADHÉRENCES ET DÉDUCTIONS QU'ON PEUT EN TIRER

1° Leur pathogénie

Les adhérences constituent un moyen de défense de tous les tissus en général et du péritoine en particulier contre l'infection. Certains microbes les engendrent **plus facilement que d'autres**. C'est ainsi que les péritonites à pneumocoque se cloisonnent toujours. Lorsque l'invasion microbienne est massive, il semble cependant qu'il y ait une sidération de ce moyen de défense. Le péritoine alors ne réagit plus et l'on assiste à la formation d'une péritonite généralisée. Par contre, lorsque l'infection est localisée ou lorsque la virulence microbienne est atténuée, le péritoine limite les dégâts en créant des barrières d'adhérences d'autant plus solides et plus serrées que le pouvoir pathogène du microbe est moins fort.

Après une gastrectomie, l'étage sus-mésocolique et la région péri-anastomotique sont fréquemment le siège de tels phénomènes. En effet, d'une part le pouvoir pathogène du microbe est diminué : l'individu est allergique vis-à-vis d'eux, en raison de l'infection plus ou moins latente existant depuis des années au niveau de l'ulcère ; d'autre part, la vaccination pré-opératoire a exalté ses réactions humérales de défense. Enfin l'inoculation septique, dans une intervention bien conduite, est peu importante. On sait d'ailleurs que l'estomac des ulcéreux, pratiquement toujours hyperchlorhydrique, est peu septique.

La zone opératoire est prédisposée à faire des adhérences, d'abord en raison des réactions antérieures périulcéreuses, ensuite, en raison de l'intervention elle-même. On sait en effet que la réunion des segments gastrique et intestinal ne se fait pas par première intention, du moins du côté muqueux, à cause de l'état plus ou moins septique de la muqueuse ; le processus de réparation commence précocement ; le péritoine viscéral se soude rapidement au niveau des sutures et assure leur étanchéité pendant la durée de cette réparation, trois semaines environ.

Mais, si la moindre infection de la cavité péritonéale se produit, ce processus adhésif, limité à la suture, nécessaire et véritablement physiologique, va s'étendre à tout le voisinage et devenir pathologique, adhérentiel. C'est ainsi que se créent les péritonites plastiques de l'étage sus-mésocolique et de la partie haute de l'étage sous-mésocolique.

Si beaucoup d'adhérences relèvent d'un processus infectieux franc ou atténué, certaines d'entre elles n'ont aucun rapport avec les agents microbiens. On sait que certains malades présentent une vé-

ritable maladie adhérentielle spontanée. Elle peut être d'origine congénitale, comme dans les membranes de Lane. Elle peut être acquise sans que l'on puisse déceler une étiologie microbienne dans les antécédents (maladie générale ou intervention), sans que l'on puisse mettre en évidence un germe quelconque à l'examen bactériologique et histologique. Mais cette catégorie doit être résolument écartée, car on peut toujours incriminer la forme filtrante d'un virus indécélable, ou l'insuffisance de nos moyens d'investigation.

Partons des faits les plus simples : on connaît le rôle que joue la manipulation brutale sur un organe aussi fragile que le péritoine : une zone dépéritonisée adhère rapidement à ses voisins. Elle peut faire tâche d'huile et déborder sur les organes voisins.

On voit notamment apparaître, dans les suites d'actes opératoires correctement conduits, après des semaines et des mois, des péricystites adhésives douloureuses capables d'amener les désastres les plus graves. Parfois, une appendicite chronique des plus banales, après cicatrisation par première intention, en a été l'origine. Pour certains, « la formation d'adhérences serait indiscutablement liée à la prédisposition individuelle, ce qui revient à dire **blement liée à la prédisposition individuelle, ce qui revient à dire que « les terrains allergiques sont prédisposés aux adhérences ».** » (Lardennois.)

Gilson et Gratia sont arrivés à conclure, après de nombreuses observations, que **certaines adhérences post-opératoires étaient incontestablement la conséquence d'une ligature au catgut.**

Ces deux savants belges, frappés par la fréquence des obstructions intestinales post-opératoires chez les malades ayant subi antérieurement un traitement protéinothérapique, se sont demandés si le catgut, muqueuse de l'intestin du mouton, ne jouait pas un rôle d'antigène en provoquant à l'endroit où il est introduit dans l'organisme sensibilisé, une réaction d'Arthus.

Ils l'ont prouvé par une série d'expériences très concluantes :

1° L'introduction de fragments de catgut dans la cavité péritonéale des cobayes sensibilisés au sérum de cheval ou de mouton, provoque, autour d'eux, l'apparition d'une zone œdémateuse congestive hémorragique plastique, devenant le point de départ d'adhérences pouvant entraîner une obstruction intestinale.

2° Mêmes résultats si l'on emploie du catgut « hyper » stérilisé par l'iode. Ceci écarte donc le rôle de la septicité possible du catgut ordinaire.

3° Des lapins neufs résorbent la poudre de catgut ou l'agglomèrent sans réaction. Les lapins sensibilisés, au contraire, font les mêmes accidents que dans la première série d'expériences.

Ces réactions viscérales sont analogues à celles que produit l'injection sous-cutanée d'un antigène donné chez un animal sensibilisé

Elles sont différentes de la réaction observée après injection de à cet antigène. Il s'agit donc d'une réaction d'Arthus typique. catgut septique qui se traduit, soit par une péritonite généralisée,

soit par une péritonite adhésive avec pus et leucocytes qui ne peut être superposée au phénomène d'Arthus péritonéal signalé plus haut.

Pourquoi ne pas admettre que le catgut peut être à l'origine de certaines péritonites adhésives survenant après gastrectomie, surtout lorsqu'il s'agit de multiopérés. Ceci est d'autant plus vraisemblable que l'on emploie beaucoup de catgut au cours d'une résection gastrique.

Deux solutions s'offraient :

1° **Trouver un matériel de suture non antigénique.** Cela ne paraît pas réalisable actuellement.

2° **Tenter la désensibilisation du terrain allergique des patients.** Gilson et Gratia se sont arrêtés à la désensibilisation spécifique par l'antigène lui-même et ils sont arrivés à des résultats remarquables : cinquante-six malades ont été opérés depuis 1935 d'adhérences post-opératoires. Aucun n'a récidivé. L'occasion s'étant présentée de réintervenir quatre fois chez ces malades ayant subi le traitement de désensibilisation spécifique du catgut, ils n'ont pu trouver la moindre adhérence.

En pratique, nous éviterons de mettre trop de catgut au contact du péritoine. Les ligatures qui restent et les surjets séro-séreux sont effectués au fil de lin, mieux supporté.

En cas de péritonite adhésive, nous pourrions adjoindre au traitement chirurgical, s'il s'impose, une cure de désensibilisation spécifique grâce à la poudre de catgut diluée dans du sérum physiologique en injections sous-cutanées.

Ces questions continuent à être étudiées. Aucune solution n'est parfaite. Le dilemme persiste : le catgut est moins sûr et il provoque une réaction de résorption ; le fil nous résorbable est un corps étranger, il est plus solide, mais les cas d'intolérance sont bien ennuyeux.

Des firmes étrangères ont récemment proposé du fil obtenu en partant d'aponévroses et de muscles convenablement traités. L'asepsie en est meilleure. A souplesse égale, un tel matériel doit supplanter le catgut. Les mêmes phénomènes d'Arthus doivent, à priori, se produire, et, si la question progresse quant à l'asepsie, elle reste au même point quant à la réaction de résorption.

2° Evolution des adhérences dans le temps

Essayons de préciser si la naissance et la disparition de ces adhérences obéit à une loi :

1) D'après les différentes interventions que nous avons pratiquées, il semble qu'il n'y ait pas d'adhérences pendant les premiers jours. Les malades numéro quatre et numéro cinq réopérés le deuxième et le sixième jours, avaient une cavité péritonéale parfaitement libre. Le malade numéro sept, réopéré le septième jour, avait déjà constitué une bride résistante. Le malade numéro six réopéré le vingt-troisième jour, présentait un véritable magma adhé-

rentiel. Il est probable que ces deux malades avaient commencé à bâtir leurs adhérences dès les premiers jours. Mais elles ne sont devenues effectives qu'au septième jour pour le numéro sept, et au dixième jour pour le numéro six, dates de l'apparition des premiers signes cliniques. Nous pouvons donc en conclure du point de vue pratique que, **dans les sept premiers jours au minimum, on serait intervenu facilement sur un péritoine libre**, ou cloisonné, mais, lâchement, les adhérences restant dissociables au doigt sans danger.

2) Ce délai passé, les adhérences deviennent de plus en plus nombreuses et solides, rendant la réintervention de plus en plus difficile. Il est bien entendu que ces adhérences ne sont pas courantes, ni toujours gênantes en cas de réintervention. Il faut cependant compter sur la possibilité de leur présence et, si l'on a le choix du moment, mieux vaut ne pas opérer pendant cette période. L'agression chirurgicale a entraîné autour de la zone opératoire une véritable mobilisation des éléments conjonctifs, des leucocytes et des cellules de voisinage, appelées par leur rôle de défense. Il y a ensuite, bien plus tard, une période de remaniement et de régression pendant laquelle les adhérences perdent leur caractère évolutif et disparaissent pour la plupart. La crise agressive passée, les éléments en surnombre « rentrent dans le rang », guidés par cette mystérieuse force, par cette discipline de la morphologie utile qui est une des grandes lois de la biologie.

On peut fixer la durée de cette période de transition à 3 ou 6 mois environ suivant les sujets. Il semble en cela que le péritoine suive les phases d'adaptation de l'estomac à son nouvel état anatomique; pendant les six premiers mois en effet, l'estomac est atonique, présente de l'hypersécrétion, paraît échapper à tout contrôle nerveux. Au bout de six mois, il entre dans son état cicatriciel définitif, il récupère son tonus et normalise sa sécrétion. Parallèlement, les adhérences se résolvent progressivement ou deviennent cicatricielles. (Faudrait-il voir dans ce rapprochement la preuve que le système nerveux a un rôle dans la création des adhérences?).

De même, l'aspect de la cicatrice cutanée varie en six à douze mois. D'abord blanche, elle rosit au bout de une à deux semaines, reste rose et un peu indurée pendant des mois, et retourne à une pigmentation et une souplesse normales au bout d'un laps de temps de six à douze mois.

Il semble donc, en règle générale, que la **période comprise entre la première semaine et les trois à six premiers mois soit relativement peu favorable aux réinterventions**. Lorsqu'il n'y a pas urgence, il est bon de les repousser après ce délai.

3) La phase des séquelles succède enfin à la phase des remaniements. Les adhérences qui n'ont pas été résorbées deviennent cicatricielles sous forme de brides ou de zones adhérencielles sans aucun aspect inflammatoire. Elles sont parfaitement supportées en elles-mêmes, et ne sont nuisibles que le jour où elles provoquent une occlusion mécanique par striction ou par torsion. Il est donc logique de grouper dans un même chapitre les occlusions par péritonite plas-

tique adhérencielle précoce et les étranglements par bride, tardifs, opposables cependant par la clinique et le traitement. De ce point de vue, il serait intéressant de voir si chez les malades réopérés tardivement pour brides post-opératoires, il n'y a pas eu des troubles du transit précoces, lors de la première intervention, pouvant répondre à une phase d'adhérences par péritonite localisée adhésive. Le cas rapporté ici (observation 8) ne paraît pas vérifier une telle hypothèse. Elle peut cependant être relevée dans d'autres observations.

Il semble donc que pour les réinterventions sur l'estomac gastrectomisé, il y ait une période critique, étendue du septième jour à une date variant du troisième au sixième mois après la première opération. Cette période ne correspond pas à une impossibilité technique, mais on peut y rencontrer des difficultés qu'il vaut mieux éviter, si l'on peut.

La période idéale correspondrait à la première semaine. Après une période de trois à six mois, où les adhérences rendent l'intervention un peu plus aléatoire, on peut espérer retrouver un champ opératoire relativement libre.

Si l'on a à réopérer dans la première semaine, mieux vaut ne pas tarder, chaque jour d'attente risque d'augmenter les difficultés de l'intervention.

Si l'on pose par contre une indication opératoire non urgente au cours des premiers mois, il est préférable de temporiser jusqu'au troisième ou sixième mois pour avoir dépasser la période défavorable. Ceci, évidemment, à moins d'avoir la main forcée.

Au point de vue de la physiopathologie, il s'agit là, d'ailleurs, d'un processus commun à tous les cas de résistance de l'organisme à une agression, qu'elle soit d'origine physique, chimique, ou bactérienne, lorsque l'organisme en question a la force de limiter les dégâts, de les cerner, d'isoler l'agent malfaisant ou la zone irritée en dressant autour d'elle une barrière de défense. C'est, au point de vue inflammatoire, le cas des phlegmons circonscrits, des abcès appendiculaires, des pelvi-péritonites par exemple; l'évolution des phénomènes locaux qui succèdent à l'agression opératoire est sûrement superposable, au degré près, car nous admettons que l'opération, qui s'applique à traumatiser le moins possible, amène toujours une réaction beaucoup moins violente.

A la constitution de cette défense, participent les classiques éléments histologiques de l'irritation: les leucocytes affluent, les cellules du voisinage, détournées de leur destination physiologique normale, se joignent aux leucocytes, un tissu conjonctif inflammatoire se forme.

Toute cette action est centrée sur la zone atteinte. Elle cherche à l'isoler, à lui couper tout passage vers le reste de l'organisme. Elle dresse autour d'elle une barrière dense qui, non seulement saute les clivages, mais semble s'appliquer à les verrouiller, car le progrès de l'agression se ferait plus facilement le long de ceux-ci.

Du point de vue de la défense, c'est parfait. Du point de vue du chirurgien, qui, dans son action manuelle, cherche pour attein-

dre la zone d'agression à suivre les clivages afin de respecter les organes, c'est une difficulté supplémentaire et parfois insurmontable. Dans les tissus lardacés où la défense a tout cimenté, il est parfois impossible de trouver le clivage nécessaire à la sécurité. Avancer, c'est s'exposer à léser inmanquablement les organes qui sont pris dans cette gangue qui a noyé les différenciations. Cette période, au point de vue chirurgical, demande l'abstention. Il faut laisser la réaction de défense faire son œuvre dans cette région qu'elle a isolée du reste de l'organisme, dans la mesure où c'est possible.

Il faut attendre : C'est le même problème toujours au degré près, que posent les abcès appendiculaires et les pelvi-péritonites avant que l'on puisse sans danger traiter la lésion causale.

Cette zone, une fois terminée la lutte contre l'agression, va assister à la démobilisation des éléments qui ont constitué les adhérences périfocales. Par le jeu constant des mouvements physiologiques, la morphologie normale reprend ses droits, les plans se séparent à nouveau et le chirurgien voit son action rendue possible avec une sécurité suffisante.

En somme, on a vu se succéder trois phases :

agression
calfatage
libération,

les périodes opératoires plus faciles étant comprises entre les deux premières phases ou après la dernière.

3° Nature de l'intervention à pratiquer

La conduite à tenir sera naturellement différente suivant l'état anatomique des lésions.

1) Dans le cas de péritonites péríanastomotiques plastiques précoces, revenir sur le foyer opératoire même est à rejeter, et la plupart du temps impossible (observation 6).

Il faut travailler en péritoine libre, ne pas tenter la libération des organes adhérents. Elle serait aussi dangereuse qu'illusoire, la récédive étant presque fatale ; en un mot, il faut faire le minimum pour ne pas donner un coup de fouet au processus adhérentiel.

a) Si l'on a affaire à un cas mineur d'après les signes cliniques et radiologiques, avec sténose incomplète de la bouche, ou sténose de l'anse afférente, on pratique une jéjuno-jéjunostomie (observation 27 thèse de Marx, Paris 1925).

b) Si, comme dans notre observation n° 6, la face antérieure de l'estomac est seule libre, on fait une deuxième bouche anastomotique avec la première anse grêle libre.

c) Si l'état des adhérences est tel qu'on ne peut avancer dans la cavité péritonéale et si l'état général est précaire, il est conseiller de faire par incision sous-ombilicale une jéjunostomie sur la première

anse grêle. Cette solution d'attente permet souvent de voir ultérieurement la reprise du transit normal, par mise au repos du premier foyer opératoire. On supprime alors la sonde.

2) Dans le cas d'étranglement tardif par bride, l'intervention locale sera celle de toute occlusion post-opératoire; la plupart du temps la section de bride suffira et tout rentrera dans l'ordre.

4° Prophylaxie

Elle ne réside que dans des prescriptions négatives :

a) Opérer aseptiquement (et encore, la protection par des champs, si elle évite la contamination, est certainement, elle aussi, un facteur d'irritation pour le péritoine).

b) Eviter l'écoulement de sang dans le péritoine et à plus forte raison de liquide gastrique.

c) L'avenir nous apportera peut-être un matériel de suture supérieur qui diminuera le pourcentage des adhérences post-opératoires. Nous le souhaitons.

Pour terminer, nous savons que la présence d'un drain est un facteur d'adhérence non négligeable, et pourtant nous en laissons un presque toujours. Mais, comme le dit Finsterer, l'adhérence est utile. Créant un couloir bordé d'adhérences, le drain permet à la bile, si par hasard elle venait à s'écouler, d'aller à l'extérieur au lieu d'entraîner l'éclosion d'une péritonite. Aucun de nos cas d'occlusion ne relevait de la présence du drain. Par contre, pendant la même période, si nous avons vu ces quelques occlusions, nous n'avons eu aucune péritonite.



III

Les syndromes pseudo-occlusifs

S'il faut craindre de ne pas réintervenir chez un malade gastrectomisé en état d'occlusion post-opératoire, il faut également se garder du danger opposé; à savoir, réopérer des malades qui présentent un trouble passager simulant un arrêt du transit.

Nous allons passer en revue cinq observations de cet ordre.

OBSERVATION N° 9

M. C..., 37 ans, est envoyé par le Docteur Autran qui le soigne pour ulcus duodénal, dont il souffre depuis plus de dix ans. Jusqu'en 1934, ces douleurs épigastriques, survenant deux à trois heures après le repas, sans vomissements, étaient calmées par le bismuth. En 1934, les douleurs ayant repris, une radiographie est prise et met en évidence un ulcus duodénal. Il subit alors plusieurs traitements qui n'ont pas empêché les crises douloureuses d'apparaître pendant huit à dix jours, deux à trois fois par an. La durée de la douleur augmente à chaque crise. En 1943 on décide l'intervention.

Examen préopératoire :

Urée 0,60,

Temps de saignements et de coagulation normaux,

Formule blanche normale,

Pas d'anémie.

Intervention le 4 juin 1943.

Opérateur : Docteur Barraya; aide : Docteur Sassi.

Ulcère à cheval sur le pylore à son bord supérieur, infiltrant la partie externe du petit épiploon. Il est térébrant dans le pancréas. On dégage suffisamment le duodénum pour sectionner au delà de l'ulcère dont on laisse le fond. Décollement colo-épiploïque, ablation du grand épiploon avec l'estomac. Anastomose au fil de lin. Drain sous hépatique.

Suites opératoires :

Le jour suivant, le malade ressentant une certaine gêne épigastrique, on fait des tubages à la sonde de Camus. Ils ramènent 250 à 400 grammes par jour d'un liquide noirâtre et fétide pendant trois jours. Ensuite, il devient bilieux, la quantité diminue progressivement jusqu'au douzième jour. La température est à 39°4 le deuxième jour, 38°2 le cinquième. Elle devient normale le septième jour.

Sortie le 15 juin en bon état.

Discussion de l'Observation 9

Le syndrome clinique est ici extrêmement fruste. Seule une gêne épigastrique nous a amené à tuber le malade le deuxième jour après l'intervention. Ce geste, qui avait une valeur thérapeutique autant que diagnostique, a prévenu les vomissements qui seraient venus peut-être nous alerter dans les heures suivantes.

Ces tubages, pratiqués à la sonde de Camus ramènent par jour 400 grammes de liquide noirâtre bilieux. Puisqu'il y a de la bile, l'anse afférente n'est pas occluse; puisque la quantité de liquide retiré est inférieure à la sécrétion de suc biliaire et pancréatique par vingt-quatre heures, l'anse efférente est perméable. Cependant,

l'attention reste éveillée. Il est plausible de penser que, chez certains malades, la quantité de bile est inférieure à la quantité normale. De même qu'il existe une oligurie post-opératoire, on peut admettre l'existence d'une hyposécrétion biliaire passagère; ce fait serait à préciser d'ailleurs. De toute façon il y a un ralentissement certain du transit, l'estomac se vide mal dans l'anse efférente. Cet état ne s'aggrave pas, reste stationnaire jusqu'au septième jour, puis devient normal.

Nous avons attribué ces faits à un œdème inflammatoire de la bouche associé à l'atonie post-opératoire normale dans les premiers jours. La température du malade qui ne présentait aucun symptôme pulmonaire serait ainsi expliqué.

Depuis cette date, des tubages systématiques nous ont révélé fréquemment la présence de 200 à 300 grammes de liquide noirâtre bilieux pendant les premiers jours qui suivent les gastrectomies sans que l'évolution en paraisse troublée. Il aurait été intéressant de savoir quelle était la quantité respective de sang et de bile contenue dans ce liquide; nous avons posé la question au laboratoire. On nous a dit combien était grande la difficulté de ce dosage, étant donné la similitude chimique des pigments biliaires et de l'hémoglobine. Cette question est encore à l'étude.

De toute façon il existe une stase gastrique post-opératoire assez fréquente sans signes cliniques importants que l'on doit mettre sur le compte de l'atonie post-opératoire jointe à un œdème transitoire des sutures de l'anastomose.

OBSERVATION N° 10

M. L..., 40 ans, souffrait de troubles gastriques atypiques apparus depuis 1930. En 1936 cependant, il avait présenté un moelena de moyenne abondance. En 1937, il perfore son ulcère duodénal. Une suture simple avec drainage est faite.

Intervention 6 mai 1938.

Opérateur : Docteur Barraya; aide : Docteur Chartier.

Anesthésie locale.

Polva au fil de lin avec ablation de l'ulcère. Drainage sous-hépatique. Paroi habituelle.

Les suites opératoires ont été normales.

La température maxima est 38°

Le 20 mai 1938 le malade sort en excellent état.

Le 27 juin 1938 survient une douleur épigastrique violente, avec des vomissements alimentaires, puis bilieux. Le malade angoissé se tord dans son lit avec des douleurs paroxystiques non irradiées. Il n'a pas d'hyperthermie. On ne note pas de défense musculaire abdominale. Il est mis en observation à la maison de santé avec des injections répétées d'atropine. Dans la soirée tout disparaît. Depuis il n'a plus eu aucun accident digestif, il n'a plus souffert.

Discussion de l'Observation 10

Ce malade a présenté l'accident que nous avons relaté après un mois de bon fonctionnement. La douleur épigastrique violente, à paroxysme, jointe aux vomissements et à la sensation d'angoisse du

malade, éveille l'attention, mais l'absence de défense fut le début d'un bon pronostic.

Ces douleurs ont été mises sur le compte d'un état spasmodique des parois gastriques et elles ont disparu avec la thérapeutique appropriée.

OBSERVATION N° 11

M. P..., 36 ans, souffre depuis 15 ans d'un ulcère duodénal. Radiologiquement, on découvre des signes importants de périduodénite (Docteur Barriera).

Examens pré-opératoires :

Etat général bon;

Globules blancs 9.100;

Pas d'anémie;

Vaccination au propidon.

Intervention le 3 avril 1944.

Opérateur : Docteur Barraya. Anesthésie générale, éther.

Ulcus de la face antérieure du duodénum. Effondrement du ligament gastrocolique. Polya au fil de lin avec ablation de l'ulcère. Paroi habituelle. Drain sous-hépatique.

Examen de la pièce : on a enlevé 11 centimètres de petite courbure et 20 centimètres de grande courbure.

Suites opératoires : bonnes.

Le malade sort le 14 avril en très bon état.

Le 1^{er} mai 1944 il ressent une douleur violente après l'absorption de gâteaux « sans tickets » (fabrication de guerre) de mauvaise qualité. Elle est accompagnée de vomissements bilieux peu abondants. Son faciès est pâle mais non impressionnant. Sa température est à 37°, son pouls à 90. A l'examen de l'abdomen, on trouve une défense épigastrique impossible à vaincre. Ce malade est très nerveux, incapable d'habituellement de rester en résolution musculaire. Il est revenu en clinique pour 24 heures. On ne note aucun aggravation des phénomènes pathologiques. Le faciès est bon; les vomissements ne se reproduisent pas. Malgré la persistance d'une légère défense, on décide de surseoir. Tout rentre dans l'ordre. Depuis il n'a plus souffert du tout.

Discussion de l'Observation 11

L'absorption de gâteaux de mauvaise qualité pouvait faire craindre l'existence d'un phytobézoar obturant la lumière de l'anse efférente. On a publié en 1943 des cas analogues d'occlusions par corps étrangers alimentaires, en particulier à la suite de l'ingestion d'aliments contenant de la cellulose. Ces aliments constituaient la base de notre alimentation à ce moment. D'autre part, la défense épigastrique pouvait paraître inquiétante, quoique le malade fut hypernerveux. Une injection d'atropine fut suivie d'amélioration et permit de porter également chez ce malade le diagnostic de sténose transitoire spasmodique.

OBSERVATION N° 12

M. M..., 65 ans, nous est adressé par le Docteur Leca le 10 décembre 1948. Il présente un syndrome ulcéreux net apparu depuis un an

avec moeléna important de sang noir le 4 décembre. Une radiographie, faite pour rechercher une image d'ulcère, décèle une hernie diaphragmatique de l'estomac à travers l'orifice œsophagien. La température préopératoire oscille entre 36°5 et 37°1 pendant les douze jours qui précèdent l'intervention.

Examens pré-opératoires :

Pas d'anémie,

Formule blanche normale,

Temps de saignement et de coagulation normaux

Devant ces examens on ne pratique pas de vaccination pré-opératoire.

Intervention le 26 décembre 1943.

Opérateur : Docteur Barraya. Anesthésie locale puis protoxyde d'azote et éther.

Ulcère développé au niveau du collet de la hernie diaphragmatique, perforé sur le diaphragme en arrière. La rate adhère d'une part à l'estomac, d'autre part au diaphragme. On essaie de la dégager, elle se déchire partiellement. On fait alors rapidement une splenectomie. On libère ensuite l'adhérence de l'ulcère à la paroi postérieure. On fait un décollement colo-épiploïque. On termine par une gastrectomie en gouttière enlevant l'ulcère. On met 5 grammes de septoplax dans la loge splénique et un drain dans cette loge. Paroi habituelle.

Examen de la pièce : On a enlevé 14 centimètres de petite courbure et 33 centimètres de grande courbure.

Suits opératoires :

Le 3 janvier 1944 : désunion de la partie supérieure de la cicatrice. Cloisonnement aux mèches. Un cloisonnement spontané existe d'ailleurs à la partie inférieure de la déhiscence.

Le 6 janvier, on met en place 7 fils de bronze sous anesthésie au protoxyde d'azote.

Le 21 janvier, les bronzes coupent les bords de la plaie, mais un cloisonnement solide existe au-dessous d'eux.

Au début de février un foyer congestif à la base gauche pulmonaire en arrière se déclare : après un traitement au soludagénan pendant six jours, suivi d'une cure de benzoplax, les phénomènes pulmonaires sont jugulés.

Le 22 février, des vomissements bilieux sans douleur apparaissent et rétrocedent spontanément en quelques heures : ils étaient apparus à la suite d'un repas trop important.

Le 22 mars, le Docteur Barraya pratique une phrénicectomie sous anesthésie locale, étant donné l'inopérabilité évidente de la hernie diaphragmatique qui persiste partiellement.

Le 6 avril, le malade se plaint brusquement de douleurs épigastriques violentes avec vomissements. Son abdomen est souple, douloureux à la palpation profonde. Il a eu des gaz et une selle. La température est normale. Le pouls est constant à 70. Un traitement à l'atropine, 1/4 de milligramme toutes les quatre heures, est institué. Les vomissements s'arrêtent, la douleur persiste identique. Ultérieurement ces phénomènes douloureux cèdent progressivement. Le 10 avril tout est rentré dans l'ordre.

Le 11 mai le malade sort, son état général est bon, son poids est augmenté, il n'a plus souffert.

Une radiographie de contrôle gastrique pratiquée avant son départ montre un moignon gastrique très réduit attiré à gauche, en haut et en dehors, non mobile dans l'inspiration profonde, à contours réguliers, sans image de lésion anatomique. L'anastomose gastro-juvénales est bien placée, continue et de calibre normal. On note une symphyse pleuro-diaphragmatique gauche.

Discussion de l'Observation 12

Ici le cas est extrêmement complexe. Il pouvait faire craindre une sténose organique en raison des accidents post-opératoires d'éviscération et de la situation en partie sus-diaphragmatique du moignon gastrique. De plus, le trouble du transit survint quinze jours après la phrénicectomie. La paralysie de l'hémi-diaphragme ne pouvait-elle jouer un rôle dans cette perturbation du transit ?

La douleur spontanée était constante, mais, à la palpation, elle n'était éveillée qu'à la pression profonde. L'absence de défense était aussi rassurante. Le traitement par le sulfate d'atropine qu'il fallut prolonger pendant quatre jours, amena la guérison et permit le diagnostic.

OBSERVATION N° 13

M. V..., 30 ans, malade du Docteur Félix Simon, entre à l'hôpital le 6 mars 1944 pour syndrome ulcéreux, net depuis 1930, confirmé le 11 mars par un examen radiologique, montrant un ulcère du bulbe duodénal avec déformation en éperon. Son état général est bon. A signaler seulement qu'il est arriéré du point de vue mental.

Examen pré-opératoire :

Pas d'anémie,

Leucocytes 5.200,

Formule blanche normale.

On décide l'opération sans vaccination pré-opératoire.

Intervention le 23 mars 1944.

Opérateur : Docteur Barraya. Anesthésie locale avec 3 cme de sédol avant et 2 morphines intraveineuses en cours d'intervention.

Gastrectomie pour ulcère de la face antérieure du duodénum avec grosse infiltration péri-duodénale, en particulier du côté du pancréas. On fait une gastrectomie pour exclusion avec un plan muqueux, un plan séromusculaire et une épiplooplastie du côté duodénal. Du côté gastrique, étant donné la brièveté particulière du mésocolon, on fait une anastomose précolique.

Examen de la pièce : on a enlevé 20 centimètres de grande courbure et 6 centimètres de petite courbure.

Suites opératoires :

Le malade accusant une gêne épigastrique avec éructations, on pratique des tubages à la sonde de Camus. Le deuxième jour on retire 200 centimètres cubes de liquide vert foncé. Le quatrième 100 centimètres cubes de liquide vert clair. La température ne dépasse pas 38°4.

Le 5 avril, une condensation de la base gauche avec souffle tubaire apparaît. Tout rentre dans l'ordre. A sa sortie il n'existe plus de phénomènes pulmonaires.

Le 8 mai 1944, il revient dans le service pour crise douloureuse épigastrique violente ayant débuté la veille, avec vomissements biiex répétés. Toute la nuit la douleur a été intense, sourde, non irradiée. Le matin de sa rentrée, le malade note une légère amélioration. L'examen révèle une défense légère mais nette au creux épigastrique. Avant la gastrectomie on avait d'ailleurs noté une légère défense analogue. (L'état mental du malade l'empêche-t-il d'être en résolution musculaire quand il souffre ?). On ne note aucun autre signe objectif en dehors d'une sensibilité épigastrique à la pression profonde. Un traitement de 1/4 de milligramme d'atropine toutes les six heures est mise en œuvre et les phénomènes regressent progressivement.

Le malade sort le 14 mai, guéri.

Discussion de l'Observation 13

Ce cas est tout à fait analogue au précédent dans ses symptômes et dans son évolution. A propos de ce dernier cas, il faut insister sur l'importance des douleurs dans les cas pseudo-occlusifs. Les autres signes étaient rassurants. Mais le caractère persistant de l'algie a légitimé la mise en observation dans un milieu chirurgical. Ces deux malades avaient en outre présenté des accidents pulmonaires très nets ; il ne paraît cependant pas y avoir habituellement relation entre les phénomènes douloureux simples ou occlusifs et les phénomènes pulmonaires aigus post-opératoires.

OBSERVATION N° 4

Il s'agit de l'observation de M. F... (déjà rapportée page 40). Un an après la réintervention pour occlusion haute couronnée de succès, que nous avons exposé plus haut, ce malade a présenté à deux reprises des crises douloureuses abdominales séparées par trois jours d'intervalle, analogues à celles des deux observations précédentes. Tout est rentré dans l'ordre avec le traitement habituel à l'atropine. Nous craignons, en raison des trois interventions déjà pratiquées, qu'il ne fasse une occlusion mécanique d'origine adhérentielle.

La radiographie n'a rien montré d'anormal. Depuis dix mois le malade n'a plus souffert. Il faut donc se rallier au diagnostic de syndrome spasmodique transitoire ou d'adhérences devenant gênantes au point maximum de leur tension et s'amenuisant, ou même disparaissant par la suite.



IV

**Révision de l'ensemble de la question
des occlusions post-opératoires après intervention**

1° DESCRIPTON DU SYNDROME OCCLUSIF AIGU PRÉCOCE

Le début

Parfois il est insidieux. Le malade se plaint de douleurs apparues progressivement et qui atteignent une intensité variable. Dans d'autres cas, le début est très brutal, alors que les suites opératoires semblaient normales. Puisqu'il s'agit le plus souvent d'accidents mécaniques, la température n'avait pas été anormale, sauf dans les cas où une part inflammatoire est à la base de la péritonite. Dans ce cas, la température est légèrement au-dessus de ce qu'elle devrait être.

La douleur

Est le plus souvent de siège épigastrique. En effet, l'obstacle, comme nous l'avons vu, est en principe autour de la région opératoire.

Cette douleur est parfois continue, lorsqu'il s'agit d'un étranglement arrivé d'emblée à son stade maximum. Parfois, lorsque l'étranglement s'amorce, puis se complète par spasmes successifs, elle présente des paroxysmes.

Son siège est en général épigastrique. On sait actuellement, depuis que l'on étudie avec plus de soin les syndromes occlusifs, que l'occlusion du grêle, quand elle est haute, donne lieu à l'apparition d'une douleur profonde, épigastrique, irradiée souvent en broche. Nous sommes souvent loin de la douleur à type de colique dont on recherche les caractères de façon réflexe aussitôt que l'on pense à une occlusion intestinale.

Un autre caractère de cette douleur c'est l'état de choc qu'elle amène. Il est vraisemblable que les plexus nerveux mis en cause par cet étranglement sont particulièrement sensibles, ceci naturellement lorsqu'il s'agit surtout d'une strangulation.

Nous avons parlé des irradiations en broche qui sont fréquentes. D'autres irradiations peuvent exister, parfois très stypiques, mais elles sont rares. En règle générale, **la douleur est médiane, épigastrique, profonde.**

Aucune médication ne la calme. Cependant, les tubages à la sonde de Camus, en déchargeant l'estomac du contenu qui le distend, peuvent amener une sédation passagère. Cette aspiration peut être faite de façon continue ou discontinue. Le résultat est le même à condition que les aspirations, si elles sont discontinues, soient suffisamment fréquentes.

Dans les cas où la douleur est violente, elle peut l'être au point que le malade demande « que l'on fasse quelque chose ». Dans ces cas, point n'est besoin d'insister pour réintervenir.

Les vomissements

Constituent un des signes cliniques les plus importants, si l'on étudie en même temps qu'eux l'aspect du liquide retiré par sondages. Les vomissements ne représentent, en effet, qu'une partie, une surverse du liquide contenu dans l'estomac. L'étude clinique de ce signe entend que l'on considère « tout » le liquide anormal que l'estomac est appelé à contenir pendant la période où il faut prendre une décision.

Parfois les vomissements manquent. En effet, à l'heure actuelle, le tubage à la sonde de Camus est devenu une manœuvre très courante dans les suites opératoires des interventions sur l'estomac. Personnellement, nous le pratiquons systématiquement dès que le malade présente la moindre nausée, des éructations fétides, une sensation gênante de plénitude épigastrique, un épigastre distendu, du hoquet ou même simplement cette impatience, cet état de malaise particulier avec un pouls rapide où l'on reconnaît facilement, avec de l'habitude, la nécessité d'une vidange du contenu gastrique.

Pendant un certain temps, nous avons fait des tubages systématiques après toute gastrectomie, sauf dans ces cas où les malades particulièrement pusillanimes ne pouvaient supporter sans grande fatigue l'épreuve mécanique du tubage.

Nous avons pu nous apercevoir ainsi qu'il existe dans beaucoup de cas une certaine quantité de liquide en rétention dans l'estomac, même avec des suites opératoires « extérieurement » normale. Il est vraisemblable qu'il faut rattacher ces phénomènes à un ordème passager de la bouche ou à la sidération post-opératoire normale du péristaltisme du grêle qui ne vient pas cueillir le contenu gastrique pour l'amener en aval.

Nous prenons de grandes précautions d'hémostase lorsque nous pratiquons la chirurgie gastro-intestinale. Nous ne plaçons jamais de clamp au voisinage immédiat des tranches de section, de peur de camoufler l'hémostase et de pratiquer une suture sur des tranches qui peuvent très bien saigner à l'intérieur de la lumière intestinale, lorsque les clamps seront enlevés, et ceci sans que l'on puisse s'en apercevoir. Nous faisons une hémostase aussi librement, aussi à ciel ouvert, que l'hémostase effectuée lors de l'ouverture d'une paroi. La plupart des chirurgiens ont d'ailleurs adopté des procédés de ce genre depuis que nous avons appris l'importance de ce facteur dans les suites opératoires. Après section du plan musculo-séreux, on tombe sur la sous-muqueuse dans laquelle se trouvent presque tous les vaisseaux. Nous les pinçons avec de fines pinces « mosquito » de Halstead, puis nous sectionnons la muqueuse et nous faisons les ligatures au catgut fin, en prenant soin, dans la mesure du possible, de ne pas prendre la muqueuse avec les vaisseaux pincés. Nous ne cessons cette manœuvre d'hémos-

tase que lorsqu'elle est satisfaisante, ce qui nous oblige, pour une tranche de gastrectomie du type Polya par exemple, à placer en moyenne 20 à 30 ligatures.

Malgré ces précautions, le liquide retiré le premier et le deuxième jour contient une certaine quantité de sang qui est loin d'être semblable aux quantités que l'on retirait il y a des années, alors que l'hémostase était très mal faite. Ce sang est mélangé de bile, de suc gastrique et pancréatique, et pratiquement, si l'on peut dire que le liquide retiré est vert-noir, il est impossible de dire l'œil quelle proportion de sang et de bile il contient. Comme nous l'avons déjà dit, les laboratoires eux-mêmes éprouvent une certaine difficulté à préciser ce renseignement.

A partir du troisième jour, le liquide s'éclaircit ; il devient franchement vert. Il est rare que le tubage retire une quantité de liquide notable au delà du quatrième jour, et à ce moment ce liquide est uniquement bilieux.

Au contraire, dans les cas compliqués, la quantité de liquide retiré reste abondante, bien qu'il subisse le même éclaircissement que celui que nous avons noté dans les cas normaux. A partir du moment où l'on retire une quantité supérieure à un litre par 24 heures, il devient évident qu'il représente la presque totalité de la bile et du suc gastrique et pancréatique sécrétés. A lui seul, ce signe devrait conduire à une réintervention, s'il persiste plusieurs jours malgré le traitement.

Nous devons ajouter à ce chapitre des vomissements le **rejet** intégral de tout aliment ingéré, de tout liquide absorbé.

L'arrêt des matières et des gaz n'est pas toujours absolu. Il s'agit en somme de la plus haute des occlusions intestinales.

L'examen physique

Est important.

L'abdomen est rétracté. En effet, l'utilisation systématique du tubage et le fait qu'il s'agit actuellement presque toujours de gastrectomie, arrivent à soustraire la participation gastrique à un ballonnement éventuel. Comme l'occlusion est très haute, que le grêle ne peut se dilater, puisque son contenu reflue vers l'estomac dans les cas d'obstruction, et que dans les cas de strangulation l'ensemble des signes constatés conduisent à une intervention **qui doit** précéder l'apparition du ballonnement, on conçoit aisément que l'abdomen soit rétracté. On peut y joindre l'importance et la rapidité de la déshydratation du malade. Il arrive même que la rétraction amène à la hauteur de l'ombilic l'apparition d'un profond pli transversal.

La palpation est celle d'un abdomen qui vient d'être opéré. La défense est pratiquement constante. Elle le serait hors de toute occlusion, comme il est normal dans les premiers jours qui succèdent à une intervention de ce genre. Ce que l'on peut dire, c'est que la défense est parfois exagérée par l'intensité de la douleur. Le malade redoute la palpation.

Si l'occlusion survient à une distance suffisante de l'intervention elle-même, on peut encore constater une défense sus-jacente aux phénomènes inflammatoires atténués de la péritonée.

Dans d'autres cas, le ventre reste souple, bien que douloureux.

L'état général

Présente également un aspect caractéristique.

A partir du moment où l'occlusion se complète, lorsqu'elle siège sur l'anse efférente, l'altération de l'état général prend un aspect saisissant. Elle est la résultante, la superposition de deux ordres de faits : la déshydratation d'abord, qui domine la scène, qui est *terriblement* rapide, au point qu'elle amène un amaigrissement qui est visible d'un examen à l'autre ; la douleur ensuite qui donne au malade une pâleur particulière, un faciès tiré, pincé, un pouls accéléré. Il a soif, il présente de l'oligurie.

L'examen radiologique

En général, on peut dire qu'il est superflu. Les signes cliniques peu nombreux, nous l'avons vu, mais très explicites, emportent la conviction dans presque tous les cas.

Certainement, une petite quantité de baryte ingérée montrerait l'imperméabilité de l'anse efférente et serait presque toujours immédiatement rejetée.

Un autre signe peut avoir de la valeur, mais nous ne l'avons cherché que dans un cas où la progressivité de l'apparition des signes et leur aspect atypique nous faisait hésiter : c'est l'apparition constatée par des examens radioscopiques successifs, d'une anse grêle dilatée, claire, visible dès la radioscopie chez un malade de corpulence courante. Nous avons insisté sur ce signe qui nous paraît être de grande valeur pratique.

Nous notons en passant, ainsi que le disent Bénard, Bouttier, Reichel et Marx, que quatre à cinq jours après une intervention de résection gastrique, il est banal de constater une évacuation de la baryte au delà de l'estomac dans un temps qui dépasse une demi-heure ou même une heure.

D'une façon générale, dans les occlusions qui ont été très étudiées ces dernières années au point de vue radiologique, on sait que l'on peut attendre de cet examen une précision diagnostique quant au siège de l'occlusion et parfois même quant à sa nature exacte. Ici le problème n'est pas pareil. Le siège, étant donné l'ensemble clinique, est connu. Il faut en toute logique repasser par la région opératoire. C'est quant à la réalité de l'occlusion que nous pouvons avoir un renseignement à demander à la radiologie. A ce point de vue, nous répétons l'importance des examens répétés d'heure en heure, dans les cas de doute, à la simple radioscopie ou à la radiographie sans préparation barytée.

Devant l'apparition des signes alarmants, il faut savoir prendre la décision de réopérer sans perdre de temps. Cependant, lorsque le syndrome s'ébauche, il faut tout mettre en œuvre pour essayer de le faire tourner court. Pas d'analgésiques, à aucun prix car ils pourraient masquer l'évolution des signes importants. Les antispasmodiques sont au contraire formellement indiqués. Le sulfate d'atropine, le surparine, à doses élevées, nous ont permis, non pas de faire cesser des phénomènes mécaniques, mais de nous rendre compte qu'il s'agissait uniquement de phénomènes spasmodiques et tout est rentré dans l'ordre. L'évolution ultérieure où tous ces malades sont restés guéris, a fait la preuve qu'il s'agissait bien de spasmes purs et que l'abstention était légitime.

Avant de terminer ce chapitre, nous voudrions attirer l'attention sur un point que notre expérience ne nous a pas permis d'élucider suffisamment. Nous voulons parler du **syndrome de l'occlusion de l'anse afférente**. Nous avons rencontré une observation de ce genre (observation 4). Il est très possible que ce syndrome soit assez fréquent dans ses formes frustes. En effet, le choix de la brèche mésocolique, la hauteur parfois très grande à laquelle on est obligé de couper la petite courbure, les difficultés un peu plus grandes de la suture au niveau de cet angle qui font parfois « qu'on mange de l'étoffe » sur le jéjunum afférent, créent certainement en ce point une possibilité d'ennui. Il est vrai que seule la bile aura à s'écouler et qu'un passage même petit doit pouvoir lui suffire.

Ceci est une idée toute théorique, car nous n'avons pas rencontré de cas funestes et nous n'en avons pas vu rapporter dans la littérature. Nous avons eu une occlusion aiguë de ce genre. C'est pourquoi nous en inférons la possibilité d'accidents moins nets, et nous attirons l'attention sur ce point.

Au point de vue aigu, le cas que nous avons observé se présentait comme très proche au point de vue clinique des syndromes que nous venons de décrire. La quantité de liquide retirée de l'estomac était elle-même assez importante et nous avons vu comment elle se déversait par surverse malgré la sténose, puisque, en amont, le duodénum était extrêmement dilaté. Il ne semble donc pas qu'il y ait forcément un « syndrome d'occlusion de l'anse afférente » très caractérisé au point de vue clinique. Nous pensons que l'examen radiologique n'aurait pas été d'un grand secours, car le contenu de l'anse afférente dans ces cas est uniquement liquide et par conséquent ne peut apporter en principe aucune image de contraste. Si nous avons attiré l'attention sur ce point, c'est qu'il nous semble que l'intérêt à dépister un tel syndrome à son début est grand. En effet, bien des lâchages du moignon duodénal, avec le danger que cela comporte, seraient peut-être évités par la libération de la tension qu'impose à la bile dans le duodénum une sténose de l'anse afférente.

2° LE SYNDROME OCCLUSIF SECONDAIRE OU TARDIF

Nous ne nous appesantirons pas sur un syndrome occlusif aigu apparu plusieurs années après une intervention sur l'estomac. L'éloignement de l'acte opératoire lui-même l'identifie aux occlusions banales dont la description est classique, et le sépare de ce syndrome aigu immédiatement post-opératoire qui tire son angoissante originalité des circonstances dans lesquelles il se déroule et de l'aspect très particulier de la décision à prendre.

Disons un mot cependant des occlusions ou des obstructions sub-aiguës ou chroniques qui surviennent dans les suites opératoires éloignées de tels malades.

Nous avons l'impression que, parmi les suites opératoires douloureuses des gastro-entérostomies ou des gastrectomies, il faut faire une place à part, peut-être plus importante qu'on ne le fait habituellement, aux **accidents mécaniques mineurs**, tels que celui que nous avons observé dans l'observation n° 1.

Il convient d'en faire le diagnostic précis, en étudiant avec soin les phénomènes cliniques, en recherchant tout ce qui peut faire penser à une sténose dans le type de la douleur, dans son horaire, dans les vomissements, dans l'apparition de mouvements péristaltiques visibles ou palpables, dans les borborygmes qui accompagnent la fin des crises douloureuses. En effet, le diagnostic fait d'accident mécanique impose une réintervention et fait espérer une guérison définitive.

Il faut savoir penser à une telle éventualité, faire un examen radiologique très précis, car nous l'avons vu fréquemment et il est facile de l'imaginer, les phénomènes douloureux entraînés par une sténose haute du grêle ne présentent pas les caractères des douleurs à type intestinal, à type colique, mais peuvent prendre, au degré sub-aigu ou chronique, l'aspect de douleur épigastrique très variable.

Au point de vue de l'indication opératoire, il faut savoir exclure de ces syndromes tardifs ceux qui s'apparentent à la maladie des adhérences. Dans ce cas, et lorsque la conviction est acquise, on sait combien il faut être prudent, combien il faut essayer toutes les thérapeutiques autres que la chirurgie et n'intervenir que si l'on a la main forcée. Chacun de nous connaît des exemples lamentables de ces malades plusieurs fois opérés et dont les troubles réapparaissent désespérément.

V

Technique de réintervention

TECHNIQUE DE LA REINTERVENTION

Elle ne présente pas en elle-même un intérêt énorme. Nous l'avons vu, la difficulté n'est pas là. Elle est dans l'appréciation des signes cliniques et dans la précocité de la décision.

L'anesthésie

L'anesthésie locale paraît difficile à appliquer, car les tissus sont déjà en partie « calfatés », l'infiltration serait donc moins efficace. D'autre part, les manœuvres intra-abdominales peuvent être très douloureuses. Enfin l'intervention faite à temps est en général simple et de peu de durée.

On peut donc employer soit la râchi-anesthésie, pour ceux qui en sont partisans, soit une anesthésie générale, et le protoxyde-éther paraîtra certainement à tous la meilleure solution.

La tactique

On repasse par l'incision primitive.

Deux éventualités peuvent se présenter :

La palpation est celle de l'abdomen qui vient d'être opéré. La

1° **On trouve facilement l'anastomose.** C'est le cas lorsqu'on intervient très tôt, à la phase où le péritoine est encore libre. Il faut :

a) **Comprendre ce qui s'est passé.** C'est quelquefois facile, lorsqu'il s'agit d'une bride ou d'un étranglement immédiat évidents. Cependant, il faut avouer que parfois on est désorienté par l'aspect inattendu du champ opératoire, comme pour ce malade où une grande partie du grêle était passée à travers la fente pariéto-anastomotique et avait entraîné une sorte de torsion de l'estomac sur son axe

b) **Il faut traiter la lésion.** Au stade de tout début il est en général aisé de le faire puisqu'il s'agit, la plupart du temps, d'une malposition qui n'a pas eu le temps de se fixer.

c) **Il faut éviter la récurrence.** Nous avons vu comment il fallait sectionner les brides, fermer les sacs herniaires, agrandir les fossettes dangereuses pour leur enlever l'aspect d'un piège, suturer à nouveau un mésocolon partiellement désinséré du pourtour gastrique, etc...

d) **Il faut s'occuper de l'état de l'intestin.** Cela n'a jamais été nécessaire dans nos observations. Il faut pouvoir intervenir avant

que l'intestin ne soit menacé dans sa vitalité. Il paraît difficilement admissible de ne pas opérer de suite une occlusion lorsqu'elle évolue chez un malade qu'un chirurgien a sous les yeux bi-quotidiennement.

Malgré tout, les pièges que la clinique nous tend constamment rendent concevables l'intervention sur l'intestin déjà menacé. La technique pourrait devenir alors particulièrement complexe. La nécessité d'une résection du tube digestif au voisinage de l'anastomose de gastrectomie ou de gastro-entérostomie peut poser des problèmes de tactique très difficiles pour ce qui est de la réparation. On ne saurait en donner une description générale.

2° Si on intervient plus tard, en moyenne au delà du quinzième jour, il peut être difficile de progresser au milieu des adhérences. Pourtant, précisément dans ces cas, il faudrait pouvoir tout explorer, car les adhérences sont partout et partout elles peuvent être un agent de sténose.

Au maximum, comme dans notre observation n° 6, on peut être obligé d'aller chercher à distance une région libre permettant des manœuvres efficaces. C'est vers la gauche qu'il faut se porter, de toute évidence, pour trouver à la fois une portion d'estomac libre et une anse grêle suffisamment haute. Le traitement ne pourra être que palliatif et consistera par conséquent en une anastomose que l'on placera au mieux de ces conditions morphologiquement désastreuses.

On drainera ou non suivant l'impression que l'on aura du point de vue de l'hémostase et de l'asepsie.

La paroi sera fermée en général en un plan, étant donné l'homogénéité que lui ont conféré les premiers jours d'évolution. Bien souvent, bien que cette pratique soit pour nous un pis aller, il sera bon de soutenir à distance la suture par des fils métalliques. Ces cicatrices qui ont commencé à évoluer offrent effectivement une résistance moindre que celle des « tissus neufs ».

Le traitement post-opératoire

Est banal. Là encore l'aspiration du contenu gastrique reprend ses droits.

Les résultats

D'après les cas publiés, ils sont bons. D'après notre très petite expérience personnelle, ils doivent l'être, la précocité étant le facteur déterminant majeur de la bénignité.

Le seul malade que nous avons perdu était un malade en occlusion aiguë depuis relativement longtemps. Il nous a été amené à un stade avancé et il sort par conséquent de la catégorie des malades auxquels cette thèse fait surtout allusion, c'est-à-dire de ceux chez qui des accidents surviennent pendant la période de surveillance post-opératoire.

CONCLUSIONS

1° Les résultats opératoires de la chirurgie gastrique sont devenus excellents.

L'activité des chercheurs dans le domaine de la maladie post-opératoire de Leriche et une appréciation précise des possibilités de résistance des malades amélioreront en partie ces résultats.

C'est à nous, praticiens, qu'il appartient d'éviter les morts pour des causes mécaniques : hémorragie, péritonite, occlusions.

Il existe une véritable pathologie chirurgicale post-opératoire des interventions.

L'atmosphère spéciale dans laquelle se déroulent ces faits demande une attention soutenue et un courage chirurgicale certain pour que l'intervention soit faite à temps.

A ce prix, elle doit être bénigne.

Nous n'avons jamais perdu de malade dans ces conditions de réintervention précoce. Sur deux cent quarante gastrectomies pour qui représentent l'intégralité de la statistique actuelle du docteur Barraya, avec lequel nous avons fait ce travail, nous sommes réintervenues quatre fois dans la classique période post-opératoire des vingt et un premiers jours. Notre mortalité globale comprend pour cette même période la mort d'un malade opéré pour ulcère peptique, la mort d'un malade opéré auparavant pour ulcère perforé, et trois morts pour des ulcères gastriques ou duodénaux opérés pour la première fois.

2° Les occlusions plus tardives sont surtout intéressantes parce qu'elles empruntent souvent un aspect atypique chronique. Il faut parfois un examen clinique minutieux pour faire le diagnostic d'obstacle mécanique, et il est intéressant car il peut aboutir à un acte curateur.

3° Au point de vue clinique, le tableau est souvent très explicite dans les cas aigus : la terrible déshydratation, la douleur, l'abondance soutenue du liquide retiré de l'estomac par sondages ou rejeté par les vomissements, l'illumination en quelques heures d'une anse grêle à des examens radiologiques systématiquement répétés, sont les éléments majeurs du diagnostic.

4° Le syndrome clinique est moins précis dans d'autres cas. Il pose alors le diagnostic avec des suites opératoires mouvementées, dus par exemple à un état spasmodique. Les anti-spasmodiques peuvent lever le doute.

Dans les cas douteux, nous pensons qu'il vaut mieux intervenir dans la période post-opératoire précoce où le péritoine est encore libre, plutôt que d'hésiter et de laisser ces malades continuer leur vie avec une gastrectomie dont la morphologie laisserait à désirer. Nous avons tous dans nos clientèles de ces véritables « infirmes de l'estomac » qui mènent une vie lamentable et se traînent de consultation en consultation.

5° La période la plus favorable pour réintervenir, celle où la décision doit être prise, en principe, comprend environ les quinze premiers jours qui suivent l'opération. Il vaut mieux arriver avant le callatage qui est possible, même dans les suites opératoires normales, faute de quoi, pour retrouver une période où l'on puisse manœuvrer aussi commodément, il faudrait attendre plusieurs semaines ou plusieurs mois.

On n'acceptera d'opérer pendant la période adhérencielle que si l'on a la main forcée par une occlusion absolument incoercible.

6° Les manœuvres opératoires permettant d'éviter la survenue des accidents que nous avons décrits ont été détaillées à l'occasion de chacun des chapitres.

Elles se résument en quelques mots : **aboutir à une minute opératoire encore plus grande.**

7° On nous dira : « c'était entendu a priori ». C'est exact. Si nous avions pris d'avance les précautions que nous préconisons, dans certains cas, ces accidents ne se seraient pas produits. Mais certains étaient imprévisibles... et qui donc n'a jamais eu à se perfectionner ? Pour en juger, que l'on dise combien de chirurgiens se préoccupent, avec l'efficacité voulue, de fermer la fente pariéto-anastomotique qui est dangereuse au moins une fois sur trois, et qui est exactement opposée par le sommet à la brèche mésocolique que tous prennent tant de soin à combler.

La chirurgie gastrique est arrivée à une mortalité minime. Quoi d'étonnant à ce que les perfectionnements proposés pour la réduire encore soient du domaine de la minutie ?



Bibliographie

- ALCOBE et BOFFIL. — *Mundo med.* 14 : 263-264 Fév. 1932. Occlusion intestinale après gastrectomie.
Atonie après une résection gastrique.
- ANDREOIU et NCOVALI. — *Spitalul* : 56, pages 351-353, Septembre 1936.
Atonie après résection gastrique.
- ANDREW. — *Surg. gynec. and obstetric* : XIXVI, N° 6, Décembre 1923.
Hernie duodénale, mauvaise appellation.
- ARMITAGE (G.). — *Brit. J. Surg.* : 18, p. 154-161, Juillet 1930. Occlusion intestinale compliquant une gastro-entérostomie postérieure; un cas d'étranglement interne de l'intestin grêle par l'anse afférente.
- BALFOUR (D.-C.). — *Ann. Surg.* : 98, pages 882-889, Novembre 1933.
Apparition des complications et leur traitement dans la chirurgie gastrique.
- ANTONIOLI (G.-M.). — *Osp. Maggiore* : 21, p. 197-200, Avril 1933. Disfonctionnement de la bouche anastomotique après résection gastro-duodénale.
- BECKER (B.-J.-P.). — *South African M. J.* : 10, p. 489-490, Juillet 1936.
Invagination rétrograde du jéjunum après gastrojéjunostomie.
- BELTRANDO. — Thèse Montpellier 1943 : Les hernies transmésocoliques après gastrectomie.
- BERNAY (P.) et PEYCELON (R.). — *Arch. des mal. de l'app. digestif* : 23 pages 801-807, Octobre 1933. Sténose transitoire de l'orifice anastomotique.
- RETTMAN (R.-B.) et BALDWIN (R.-S.). — *Journal of the Améric. méd. association* : 100, p. 1228-1229, Avril 1933. Invagination rétrograde du jéjunum.
- BLOND (K.). — *Arch. f. klin. chir.* : 153, p. 53-61 1928. Invagination dans l'estomac à travers la bouche de gastro-entérostomie. Etudes expérimentales.
- BOLOGNESI. — *La Clinica chirurgica*, XV, 1917. Sur les hernies et les fossettes péritonéales.
- BONN (H.-K.). — *West j. Surg.* : 46, p. 141-144, Mars 1938. Brièveté du mésocolon transverse compliquant la chirurgie gastrique.
- BOUTON (M.). — Thèse Paris 1926. Contribution à l'étude de l'ossification dans les cicatrices post-opératoires.
- BROWN. — *British of Surg.* : XIII, n° 50, p. 367-376, Octobre 1925. Hernie duodénale droite.
- BURIANEK (B.). — *Casop. cesk.* : 68, p. 483-491, 5 Avril 1929. Invagination rétrograde du jéjunum après gastro-entérostomie.
- BROHEE (Georges). — *Arch. mal. ap. digestif et nutrition* : p. 794-811, Juillet 1931. Les hernies parajéjunales rétropéritonéales ou hernies de Treitz et de Waldeyer.
- CABANNE (E.). — *Bulletin Médic. d'Algérie*, tome 24, n° 18, pages 727 à 731, 1913. Productions ostéo-cartilagineuses de cicatrices opératoires.
- CAMERON (J.-A.-M.) et MAC FARLANE (D.). — *Brit. j. Surg.* : 23, p. 274-276, Octobre 1935. Invagination du jéjunum dans l'estomac à travers la bouche de gastro-entérostomie.
- CAUCCI (A.). — *Il policlinico (sezione pratica)* : 39, p. 466-467, 21 Mars 1932. Ulcère post-opératoire jéjunal causant une sténose duodénale.
- CHARLES. — Soc. anat. de Paris : novembre 1925. A propos de la morphogénèse des fossettes duodénales.
- CHARRIER (J.). — *Bul. et mém. soc. nat. chir.* : p. 667, 27 Avril 1932.
Invagination chronique intrastomacale du jéjunum à travers une bouche de gastro-entérostomie postérieure.

- CHIASI. — *J. de chir.* : t. XXXVIII, p. 224. Occlusion intestinale après libération d'une anse grêle anastomosée à l'estomac.
- COLEY. — *Archiv. of Surg.* : vol. XVIII, N° 3, p. 868-881, Mars 1929. Hernie duodénale gauche étranglée.
- DELORE. — *J. de chir.*, t. XXIX, p. 463. Rétrécissement inflammatoire d'un orifice de gastro-entérostomie.
- DEMEL (R.). — *Zentralbl. f. chir.* : 66, p. 1672-1887, Août 1939. Erreurs, complications et séquelles des résections gastriques; revue de la littérature.
- DINATALE (L.). — *Arch. Ital. di Chirurgia*, tome 23, fascicule 6, pages 680 à 689, Juin 1929. Ossification des cicatrices opératoires.
- DUBAE. — *La Bourgogne Médicale* : décembre 1936. Un cas d'incarcération après gastro-entérostomie.
- EPS TEIN (M.-L.). — *Novy khir arkhiv.* : 35, p. 116-121, 1935. Invagination ascendante du grêle après gastro-entérostomie antérieure.
- FAIRCHILD (F.-R.). — *Californie West méd.* : 33, p. 860-867, Décembre 1930. Occlusion après gastrectomie, facteur mécanique.
- FANDRE (A.). — *Le catgut*. Masson 1944.
- FOA (A.) et BOBBIO (A.). — *Zentralbl. f. chir.* : 65, p. 798-800, 9 Avril 1938. Anomalies de position et de fonction du colon transverse se développant après une gastro-entérostomie postérieure transmésocolique.
- FOLLIASSON (A.). — *L'hôpital* : 19, p. 56-58, Janvier 1931. Indications et technique à suivre dans les complications de la gastro-entérostomie.
- FORLINI. — *Arch. Ital. di chir.* : XVI, p. 481, Octobre 1926.
- FROMME. — *Zent. fur chir.* : XLVII, n° 50, 1920. Sur une forme rare d'occlusion après gastro-entérostomie.
- GARBER. — *Archiv. f. klin. chir.* : CL f. 2 Décembre 1928. Un cas de hernie duodéno-jéjunale de Treitz.
- GARDAZ (E.). — *Schweiz med wehnschr* : 66, p. 252, Mars 1936. Invagination du jéjunum dans l'estomac après gastro-entérostomie.
- GESSE (E.-R.). — *Vest. khir.* : 49, p. 98-108, 1937. Erreurs, dangers et complications méconnues dans la chirurgie gastrique.
- GAUDIER (H.). — *Bul. et mém. soc. nat. chir.* : 54, p. 308-310, Mars 1928. Dilatation aiguë de l'anse efférente avec adhérences entre l'anastomose et le jéjunum.
- GOICHI (A.) et DOCK (W.). — *Journ. of Expérim. Médic.*, tome 32, n° 6, pages 745 à 766, 1920. Recherches expérimentales sur la formation d'os périostiques.
- GRIMBLE. — *British med. journ.* : n° 2598, Octobre 1910. Le muscle de Treitz et le repli duodéno-jéjunal.
- GROV (L.). — *Internat. clin.* : 1, p. 131-132, Mars 1930. Rétention gastrique complète après une gastro-jéjunostomie (traitée par une deuxième gastro-entérostomie).
- GUTMANN (R.-A.) et JANIEL (R.). — *Presse méd.* : 39, p. 61-62, 14 Janvier 1931. Sténose bénigne transitoire de l'orifice de gastro-entérostomie.
- HAUTEFORT (L.). — *Bul. et mém. de Soc. de chir. de Paris* : 23, p. 105-107, 20 Février 1931. Occlusion de l'intestin grêle après une gastro-entérostomie postérieure.
- HERBERT (G.). — *Lancet* : 2, p. 1215, 3 Décembre 1932. Invagination intestinale dans l'estomac après une gastro-entérostomie.
- HIMMELMANN (W.). — *Chir.* : 5, p. 906-913, Décembre 1933. Etranglement interne après une intervention gastrique.
- HOFMANN. — *Zent. fur chir.* : 12, 20 Mars 1937. Occlusion à la suite de gastro-entérostomie.
- HORSLEY (J.-S.). — *Ann. Surg.* : 92, p. 545-553, Octobre 1930. Mortalité immédiate et résultats finaux dans la chirurgie gastrique.
- HOVELAQUE (A.). — *G. Doin et Cie*, 1936. Les artères mésentériques.
- JANCKE. — *J. de chir.* : 36, p. 259. Drainage continu de l'estomac dans l'iléus post-opératoire.

- JURAM (V.). — *Annali Italian. di Chirurg.*, Année III, fascicule 9, pages 843 à 851, 1924. Formation d'os dans une cicatrice de cystotomie suspubienne.
- KEENE. — *Brit. journ. of surg.* : 12, n° 48, 1925. Un cas d'obstruction aiguë à la suite de gastro-jéjunostomie.
- KOCH. — *Zent. für chir.* : n° 43, 27 Octobre 1934. Des étranglements internes après les opérations sur l'estomac.
- KOGEN. — *Novy khir arkhiv.* : 44, p. 117-127, 1939. Opérations répétées dans la chirurgie de l'estomac.
- KOKH (E.-K.). — *Vestnik arkhiv.* : 41, p. 117-125, 1935. Etranglement interne après intervention sur l'estomac.
- KOLAZECK. — *J. de chir.* : XXXII, p. 717. Traitement de l'occlusion aiguë de l'estomac après gastro-entérostomie.
- KRAMARENKO (E.-Y.). — *Novy khir arkhiv.* : 41, p. 397-401, 1938. Invagination intestinale (séquelle de gastro-entérostomie avec description du cas).
- LAMBRET (O.). — Masson 1943. La maladie post-opératoire, étude biologique et essai prophylactique.
- LANDIVAR (A.-F.) et IPARAGUIRE (C.-L.). — *Dia. méd.* : 4, p. 201, 28 Septembre 1931. Ulcère peptique et sténose de l'anse afférente après gastro-entérostomie.
- LARGET (M.) et LAMARE (J.-P.). — Masson 1943. La maladie des opérés. Maladie post-opératoire de Leriche.
- LAUNAY (P.). — *Bul. et mém. soc. nat. chir.* Paris, 1, p. 1094, 1924. Dilatation du duodénum consécutive à une gastro-entérostomie pour ulcus sténosant duodénal. Duodéno-jéjunostomie secondaire. Bon résultat.
- LECÈNE. — *Revue de Gynécologie et Chirurgie abdominale*, tome 13, n° 6, pages 1003 à 1010, 1909.
- LEIBOVICI (R.) et POILLEUX (F.). — *Rev. chir.* Paris, 53, p. 328-342, Avril 1934. Accidents urémiques compliquant les opérations abdominales. Diagnostic et thérapeutique du vomissement.
- LENARDUZI (G.) et BONIMINI (B.). — *Arch. ital. d. mal. app. digest.* 1932. Image radiologique d'une invagination jéuno-gastrique.
- LERICHE et POLICARD. — *Bullet. et mém. soc. chirurg.*, tome 44, n° 25, pages 1265 à 1273, sur la production expérimentale d'os chez l'homme adulte en dehors de toute action ostéopériostique.
- LOSERT (J.). — *Beitr. z. klin. chir.* : 140, p. 308-313, 1927. Iléus par invagination après gastro-entérostomie.
- LUBBERS (B.-A.). — *Zent. f. chir.* : 65, p. 238-242, 29 Janvier 1938. Mécanisme de l'iléus duodénal accompagnant la résection.
- LUCENTE. — *Gurnale med. d. allo adige* : 10, p. 253-261, 1938. Ossification de cicatrice laparotomique chez un opéré d'ulcus duodénal perforé.
- LUQUET et BERTEUX. — *Bul. et mém. soc. chir.* Paris : 29, p. 279-305, Juin 1932. Complication post-opératoire de la chirurgie gastro-duodénale.
- MARIANTCHIK. — *Journ. chir.* : tome I, p. 265. Occlusion après gastro-entérostomie.
- MARX (C.-L.). — Thèse Paris, 1935. Le fonctionnement de l'estomac après gastrectomie.
- MOIROUD, SALMON, BOUILLON. — *M. A. C.*, 2 Novembre 1938. Sur une forme exceptionnelle d'étranglement interne après gastro-entérostomie.
- MONDOR (P.). — Masson, 1940. Diagnostics urgents de l'abdomen.
- MONDOR, PORCHER, OLIVIER. — Masson 1943. Radio-diagnostic urgent de l'abdomen.
- MOURA (P.) et BRITO (J.-A.). — *Rev. brasil de méd. pharm.* : 7, p. 107-118, 1931. Striction post-opératoire de l'anastomose après gastro-entérostomie.
- NAGEL. — *J. Améric. méd. assoc.* : 81, n° 111, p. 907-912, 15 Juillet 1923. Hernie paraduodénale droite.
- OTTO (K.). — *Arch. f. klin. chir.* : 197, p. 448-476, 1939. Motilité de l'estomac après résection.

- PASMAN (R.-E.). — *Bol. trab. soc. chir.* Buenos-Ayres : 12, p. 234-248, 20 juin 1928. Occlusion intestinale après résection gastrique par pédicule mésentérique. Intervention.
- PAUCHET (V.). — *Rass. intern. di clin. et terap.* : 8, p. 766-769, Novembre 1927. Comment prévenir l'occlusion jéjunale, séquelle de gastro-entérostomie.
- PECCO (R.). — *Boll. mem. soc. piemontese chir.* : 2, p. 177-182, 6 Février 1931. Liernie complète de l'intestin grêle à travers le mésocolon transverse par la brèche d'une vieille gastro-entérostomie.
- PELLEGINI (A.). — *Arch. ed atti soc. ital. chir.* : 36, p. 1081-1084, 1930. Invagination de l'intestin dans l'estomac.
- PENKEVICH (S.-S.). — *Novy khir arkhiv.* : 35, p. 257-258, 1935. Invagination rétrograde après gastro-entérostomie.
- PENNEFATHER (A.-L.). — *J. Roy army M. Corps* : 66, p. 193, Mars 1936. Invagination du jéjunum dans l'estomac à travers la bouche de entérostomie.
- POTOSCHNIG (G.). — *J. de chir.* : 28, p. 889. Sténose de la bouche anastomotique après résection gastro-duodénale.
- PRON (L.). — *Rev. gén. de clin. et therap.* : 41, p. 197-200, 26 Mars 1927. Périgastrite adhésive après excision gastrique partielle.
- PUSCARU et SPATARIU. — *Zent. f. chir.* : 65, p. 1619-1625, 16 Juillet 1938. Un cas de hernie interne transmésentérique, conséquence rare et tardive d'une résection gastrique.
- RENDLE (A.) et SHORT. — *Brit. m. j.* : 2, p. 1135-1136, Décembre 1927. Vomissements après opération gastrique.
- REISCHAUER (F.). — *Beitr. z. klin. chir.* : 147, p. 397-439, 1929. Atonie post-opératoire dans la chirurgie gastrique.
- ROSA (M.). — *Lisboa med.* : 16, p. 341-355, Juin 1939. Disfonctionnement après la chirurgie gastrique.
- RUIT (B.). — *Zent. fur chir.* : 5 Mars 1921. Le problème de l'étranglement interne après gastro-entérostomie postérieure.
- SCHILLING (N.). — *Ann. surg.* : 95, p. 958, Juin 1932. Invagination à travers la bouche de gastro-entérostomie.
- SCHUTZ (H.). — *Chir.* : 1, p. 887-845, Août 1929. Prévention de l'atonie post-opératoire.
- SÈNÈQUE (J.) et MARX. — *J. de chir.* : 27, p. 1-25, Janvier 1936. Fonctionnement moteur de l'estomac après gastrectomie.
- SHEARER (J.-P.) et PICKFORD (E.). — *Ann. surg.* : 87, p. 574-577, Avril 1928. Invagination de l'intestin grêle dans l'estomac à travers la bouche de gastro-entérostomie.
- SHELLEY (H.-J.). — *Ann. surg.* : 110, p. 456-461, Septembre 1939. Hernie à travers le mésocolon transverse après une gastro-jéjunostomie postérieure.
- SIANEY (J.-G.). — *M. bul. vét. admin.* : 16, p. 178-180, Octobre 1939. Occlusion du jéjunum après gastro-entérostomie postérieure.
- SIBLEY (W.-L.). — *Proc. staff. met. mayoclin.* : 9, p. 364-365, 20 Juin 1934. Invagination chronique à travers une bouche de gastro-entérostomie.
- SINGER. — *Med. klin. berl. t.* : 20, p. 520-559, 1924. Traitement post-opératoire après les gastrectomies.
- STEPANOVA (E.-N.). — *Khirurgiya* : n° 7, p. 141-146, 1937. Invagination rétrograde de l'intestin grêle dans l'estomac.
- SUMMERS (E.). — *Arch. chir.* : 19, p. 292-300, Août 1929. Occlusion aiguë complète du duodénum après gastro-jéjunostomie et dégastro-entérostomie.
- TESTUT et JACOB. — Paris 1914. Traité d'anatomie topographique.
- TORRACA. — *J. de chir.* : 60, p. 440. Etranglement de l'anse anastomotique dans l'incision mésocolique d'une gastro-entérostomie postérieure.
- TUOMIKOSKI (V.). — *Acta soc. med. f. duodecim.* : 15, p. 1-30, 1931. Inva-
- USPENSKIY (V.-V.) et SOKOLOV (V.-I.). — *Bovy khir arkhiv.* : 32, p. 548-558, 1934. Invagination après gastro-entérostomie.

- VIANNAY (M.-Ch.). — *M. A. C.*, 30 Novembre 1938. Étranglement interne par passage d'anses grêles entre l'anse afférente et la colonne après gastro-entérostomie postérieure.
- VITKIN (S.-F.). — *Ann. surg.* : 111, p. 27-48, Janvier 1940. Fonctionnement moteur après résection gastrique.
- VOECKLER (Halle). — *Zent. fur. chir.* : 63, p. 627-629, 14 Mars 1936. Contribution à l'étude des ossifications des cicatrices.
- WHITE (F.-W.) et JANKELSON (L.-R.). — *Ann. gast. enter. a.* : 31, p. 219-231, 1928. Invagination tardive de l'intestin dans l'estomac après gastro-entérostomie.
- WINKELBAUER (A.). — *Zent. fur. chir.* : 53, p. 2642-2647, 16 Octobre 1928. Etiologie de l'étranglement interne après gastro-entérostomie.
- ZABIAKINA (P.-J.). — *Roussky vratch*, tome 9, n° 32, pages 1124 à 1127, 7 Août 1910. Formation d'os dans une cicatrice de laparatomie.
- ZAMOSHCHIN (M.-B.). — *Bovy khir arkhiv.* : 30, p. 263-267, 1934. Invagination rétrograde de l'intestin grêle dans l'estomac à travers la bouche de gastro-entérostomie.
- ZENO et CAMES. — *Bol. y trab. soc. chir. Buenos-Ayres* : 13, p. 723-726, 18 Septembre 1929. Gastrectomie et étranglement intestinal à travers la brèche mésocolique.
- ZERRONI (E.-R.). — *Arch. urug. med. cir. y especialid* : 14, p. 615-629, Juin 1939. Invagination d'intestin grêle à travers la bouche après gastrectomie.



TABLE DES MATIÈRES

Introduction	13
Division du sujet	17
I. — Les occlusions sans intervention de la réaction péritonéale plastique post-opératoire	19
A) Occlusion par lâchage de la suture de la brèche mésocolique à l'estomac	21
B) Occlusion par étranglement dans la fente pariéto-colique (Moiroud, Salmon, Bouillon)	31
C) Occlusion par étranglement derrière l'anse afférente dans les anastomoses précoliques	39
D) Occlusions par double exclusion duodénale	40
E) Occlusions par une cause indépendante de la gastrectomie....	46
F) Occlusion par invagination dans l'estomac de l'anse efférente..	51
II. Les occlusions dues à la réaction péritonéale plastique post-opératoire	53
A) Il y a un magma d'adhérences (Observation 6).....	56
B) Il existe une bride isolée (Observations 7 et 8).....	61
C) Vue d'ensemble sur les adhérences et déductions qu'on peut en tirer	65
III. — Les syndromes pseudo-occlusifs	73
IV. — Révision de l'ensemble de la question des occlusions post-opératoires après intervention gastrique :	
1) Syndrome occlusif précoce	81
2) Syndrome occlusif secondaire ou tardif	88
V. — Technique de réintervention	91
Conclusion	93
Bibliographie	95
Table des matières	101

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!



En ma qualité de Censeur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

*Notes sur la pathologie chirurgicale
post-opératoire des gastrectomies et
gastro-entérostomies : les occlusions.*

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression.

Montpellier le 12 janvier 1945.

Le Professeur,
N.-C. LAPEYRE.

Vu :

Montpellier, le 17 janvier 1945.

Le Doyen,
G. GIRAUD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Montpellier, le 19 janvier 1945.

P. le Recteur,
Le Doyen délégué :
MATHIAS.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

